This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

COUNTWAY LIBRARY
HC 1XWY 0

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

TRAITÉ

DE

PATHOLOGIE EXTERNE

ET DE

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

—

TOME QUATRIÈME.

Digitized by Google

Paris. Imprimerie de Bourgogne et Martinet, rue Jacob, 30.

Digitized by Google

TRAITÉ
DE
PATHOLOGIE
EXTERNE
ET DE
MÉDECINE OPÉRATOIRE

PAR

Aug. VIDAL (de Cassis),

Chirurgien de l'hôpital du Midi,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, professeur particulier de pathologie externe
et de médecine opératoire, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre fondateur
de la Société de chirurgie, de la Société médicale d'émulation, etc.

Avec 520 figures intercalées dans le texte.

DEUXIÈME ÉDITION

AUGMENTÉE ET ENTIÈREMENT REFONDUE.

TOME QUATRIÈME.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

Rue de l'École-de-Médecine, 17 bis.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

1846.

Digitized by Google

HARVARD MEDICAL LIBRARY
IN THE
FRANCIS A. COUNTWAY
LIBRARY OF MEDICINE

Digitized by Google

TRAITÉ

DE

PATHOLOGIE EXTERNE

ET DE

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

LIVRE TROISIÈME.

SUITE DES MALADIES DES RÉGIONS.

SECTION QUINZIÈME.

MALADIES DU PALAIS ET DE SON VOILE.

CHAPITRE PREMIER.

ANOMALIES ET DIFFORMITÉS DU PALAIS ET DE SON VOILE.

L'anomalie la plus remarquable de cette région est, sans nul doute, la bifidité. Il a déjà été question de cette division du voile du palais comme complication du *bec-de-lièvre*. Il y a de grands traits de ressemblance, de nombreux rapports entre ces deux difformités, il y a aussi beaucoup d'analogies dans les moyens de les corriger.

La division congéniale du voile est moins fréquente que la même division de la lèvre supérieure. Les partisans de la doctrine qui attribue ces deux états à un arrêt de développement disent que la lèvre supérieure se composant de quatre ou au moins de trois pièces, il y a plus de chances pour que la réunion de l'une d'elles manque au palais, lequel n'est composé que de deux pièces. (Voyez ce que j'ai dit dans le tome I, livre I, de la théorie des *divisions*.)

La bifidité du voile est une difformité moins désagréable que le

Digitized by Google

bec-de-lièvre, puisqu'elle est cachée dans le fond de la bouche; mais elle compromet plus souvent et plus gravement des fonctions importantes que la division de la lèvre. La division congéniale du voile du palais est toujours médiane, celle de la lèvre supérieure est, au contraire, toujours latérale.

Variétés. La division congéniale du voile a des degrés comme celle de la lèvre. Pour le *pronostic*, pour ce qu'il y a à attendre des opérations que cette anomalie peut réclamer, on établit trois degrés : 1° la division de la luette (*uvula bifida*); il semble alors qu'il y a deux luettes : ce sont deux mamelons séparés par un intervalle plus ou moins étendu et mis en mouvement chacun par les muscles de la moitié du voile auquel il correspond. 2° Le voile du palais lui-même est divisé, et la division se rapproche plus ou moins de la portion de l'un des os palatins (voyez fig. 8). 3° Ces os eux-mêmes, le maxillaire supérieur, enfin la portion molle comme la portion dure, sont divisés, quelquefois avec ces parties la lèvre supérieure. L'écartement de la portion dure implique toujours la division du voile, tandis que celle-ci peut exister seule.

Dans l'anomalie du second degré, celle qui doit surtout m'occuper, la fente est triangulaire comme celle des lèvres, car il y a aussi écartement des bords et des muscles dilateurs pour le produire. Au moment de l'expiration, dans l'état de repos du voile, les bords de la division se rapprochent et se touchent même quelquefois; mais au moment où la bouche vient de s'ouvrir, ou quand il y a stimulation quelconque de la gorge, les bords s'écartent au point de faire croire à une perte de substance, ce qui est dû à la contraction des muscles péristaphylins externes qui tendent à porter les bords contre les côtés du pharynx. Le repos, le calme, amènent le relâchement des muscles indiqués et le rapprochement des bords; il est possible alors d'apprécier l'étendue, les caractères de la division. Cette mobilité des bords, au moindre contact des doigts ou des instruments, constitue une des grandes difficultés de l'opération qui a pour but de corriger cette difformité.

Je dois ajouter ici quelques lignes sur les divisions et même les pertes de substance accidentelles du palais. Elles portent sur la portion molle et la portion dure. Les divisions avec perte de substance sont beaucoup plus fréquentes que les autres, car c'est ordinairement la syphilis qui agit ici. Or, on sait qu'elle procède par ulcération ou mortification; c'est ainsi que le voile se trouve plus ou

Digitized by Google

moins échancré par l'ulcère syphilitique, et les os du palais, nécrosés dans une plus ou moins grande étendue, laissent des ouvertures, des perforations. J'en représenterai bientôt un exemple. Il est des divisions qui sont produites par un instrument tranchant qui atteint le voile sur un point plus ou moins élevé ; cet instrument peut être porté par une main coupable, ou bien il est dirigé par le chirurgien, qui se trouve dans la nécessité d'opérer un débridement plus ou moins étendu pour faciliter l'extirpation d'un polype du pharynx ou de la portion tout-à-fait postérieure des fosses nasales. La réunion des divisions traumatiques étant beaucoup plus facile que la réunion des divisions congéniales, le praticien notera cette circonstance, pour qu'il ne soit pas retenu quand la nécessité se présentera de compléter une opération importante par le débridement. Une balle peut perforer le palais et laisser à sa portion dure une perte de substance considérable qui pourra être comblée par un obturateur. M. Sédillot cite un fait de ce genre qui est très remarquable ; il put combler la brèche avec un obturateur en argent qui rendit au palais la plupart de ses fonctions (*Médecine opératoire*, pag. 477).

Effets. Ceci se rapporte surtout à la division congéniale du voile, celle de la 2e catégorie. J'ai dit que la division du voile était triangulaire : elle représente un A renversé, dont l'angle touche au palais (portion dure); mais quand celui-ci est lui-même divisé, il n'y a plus d'angle, et les bords tendent à devenir plus ou moins parallèles.

Voici les lésions de fonction observées : la déglutition des liquides est difficile, impossible même dans certains cas, par exemple quand la tête est inclinée en avant. Ainsi le sujet affecté de cette difformité ne pourrait boire naturellement à un ruisseau ou à une fontaine ; il lui est impossible d'accumuler l'air dans la bouche au point de distendre les joues ni de faire le vide dans cette cavité Ainsi le jeu des instruments à vent, l'action de téter, de sucer, sont empêchés par cette division du voile. Les enfants qui en sont affectés sont élevés difficilement ; il faut que le lait tombe dans le fond de la bouche. On ne peut les allaiter que debout. Dans le vomissement, les matières passent par le nez ; la voix est nécessairement *nasonnée*. On peut observer ces phénomènes sur les malheureux qui ont le voile dévoré par un ulcère syphilitique ou la voûte palatine largement perforée. M. Blandin prétend qu'en parlant la langue anglaise, la voix nasonnée est moins prononcée qu'en faisant usage de notre langue.

Digitized by Google

CHAPITRE II.

LÉSIONS VITALES DU PALAIS ET DE SON VOILE.

Les lésions vitales de cette région sont surtout les inflammations et les engorgements de la luette, dont je ne dirai que deux mots.

ARTICLE Ier.

Inflammations du palais et de son voile.

La *palatite* se remarque à la portion molle, au voile; c'est la muqueuse qui est enflammée, et avec cette membrane qui tapisse cette partie de la région, celle qui recouvre les piliers et les amygdales, ce qui constitue alors l'*angine gutturale*, dont je ne dois pas m'occuper ici. Il est une espèce d'inflammation aphtheuse qui, de la portion molle, se propage à la muqueuse de la portion dure du palais, inflammation qui est quelquefois très douloureuse. Je l'ai observée une fois sous une forme épidémique. Ces aphthes, surtout ceux qui sont semés sur la portion dure, empêchent la mastication, la déglutition, et cela quelquefois quand le malade a tout son appétit. Des cautérisations légères avec le nitrate d'argent, quelques verres d'eau de Sedlitz pendant plusieurs jours, voilà ce que j'ai employé avec succès.

Ce qui doit m'occuper surtout ici, ce sont les engorgements de la luette qui surviennent avec ou après les inflammations du palais.

ARTICLE II.

Hypertrophie et engorgements de la luette.

Dans certaines angines, la luette participe à l'inflammation et est le siége d'un engorgement sanguin plus ou moins actif qui conduit à l'hypertrophie. Quelquefois la luette est affectée d'un engorgement passif séreux, état appelé *relâchement* ou *chute de la luette*. Cet appendice présente alors les particularités que voici : dans le plus grand nombre des cas, tous ses diamètres sont augmentés; il est en même temps plus long et plus épais; parfois sa longueur seule est plus prononcée; ou bien, en s'allongeant, il devient plus mince ; il arrive aussi que sa pointe seule est le siége de l'engorgement séreux qui forme une petite tumeur aqueuse. J'en ai vu une du volume d'une noisette qui était très pédiculée.

La luette engorgée cause une gêne dans la gorge; quand elle est

Digitized by Google

allongée, elle traîne, se replie sur la base de la langue, ce qui provoque le besoin d'avaler continuellement, de cracher les mucosités de la gorge. On dit que lorsque la luette est excessivement longue, elle peut atteindre l'entrée du larynx; elle produit alors des difficultés dans la respiration. Il est des auteurs qui l'ont accusée non seulement de produire alors la suffocation, mais de conduire à la phthisie et à ses conséquences. Cette dernière assertion est exagérée; mais il est vrai que le simple engorgement œdémateux de la luette peut simuler des affections graves des organes respiratoires.

L'engorgement inflammatoire doit être combattu par les moyens employés contre les angines auxquelles il se lie. Quant à l'engorgement séreux, s'il est peu considérable, on le fait cesser par les gargarismes astringents résolutifs; Boyer conseille encore, comme le fait le vulgaire, de porter sur la luette, avec une petite cuiller, du poivre et du gingembre en poudre fine. Il vaut beaucoup mieux la toucher avec le nitrate d'argent, et, pour peu que l'engorgement soit considérable et opiniâtre, il faut procéder à l'excision de l'organe.

CHAPITRE III.

LÉSIONS ORGANIQUES DU PALAIS ET DE SON VOILE.

Voici celles qui ont surtout été signalées : la luette est quelquefois le siége d'une tumeur dure, squirrheuse, qui, abandonnée à elle-même, prend un accroissement considérable et dégénère en cancer. Si la tumeur est récente, peu volumineuse, si ses limites sont bien tracées, on l'émporte avec des ciseaux ou avec le bistouri; mais lorsque cette tumeur est ancienne, très grosse, inégale, livide, entourée de veines variqueuses, et que ses limites sont indéterminées, on doit, selon Boyer, imiter la circonspection de Fabrice de Hilden, qui, dans deux cas de cette espèce, refusa de toucher à la maladie, et se contenta de prescrire un régime convenable et des remèdes palliatifs.

A la voûte palatine, les dégénérescences offrent les caractères que voici : quelquefois c'est une tumeur dure, compacte, blanche, non susceptible de devenir cancéreuse et ressemblant beaucoup à certaines épulis qu'on voit devenir énormes sans dégénérer en cancer; ou bien la tumeur de la membrane palatine est moins dure, sa surface est inégale, elle saigne avec facilité, ses progrès sont plus rapides, et elle devient presque toujours cancéreuse, surtout quand

Digitized by Google

on l'irrite. Les tumeurs de la première espèce tiennent ordinairement par un pédicule, et peuvent facilement être enlevées avec l'instrument tranchant, sans crainte pour la récidive. Quand le pédicule est mince, on le coupe avec des ciseaux convexes sur leur plat; mais lorsqu'il est épais, un bistouri également convexe sur le plat est préférable. » C'est avec un bistouri semblable, fait sur un modèle en plomb qui imitait exactement la concavité de la voûte palatine, que j'enlevai une tumeur de cette espèce qu'une dame portait depuis plus de dix ans. Cette tumeur, qui était située un peu derrière la partie moyenne du palais, égalait par son volume une grosse noix; elle était très dure, blanche, indolente, et ne causait d'autre incommodité qu'une gêne assez grande dans la mastication et la déglutition. Je l'attaquai avec le bistouri dont j'ai parlé, et après l'avoir enlevée, je me servis d'une petite rugine pour détruire la portion de la membrane du palais d'où la tumeur prenait naissance. Mon intention était de cautériser avec un fer rouge; mais la malade avait une telle répugnance pour ce moyen, que je me déterminai à employer la rugine. Cette opération ne fut suivie d'aucune hémorrhagie; le suintement sanguin qui l'accompagna s'arrêta par des lotions avec l'oxycrat et par l'application pendant quelques heures d'un peu de charpie sèche; la plaie fut promptement guérie, et la tumeur ne s'est pas reproduite depuis plus de huit ans qu'elle a été emportée. (Boyer, *Malad. chirur.*)

Les tumeurs de la seconde espèce, celles à tendance marquée vers le cancer, et qui même ont déjà ce caractère, seront opérées lorsqu'elles seront limitées et qu'il sera possible de les enlever entièrement ou d'en consumer les restes avec le cautère actuel; mais après cette opération on doit redouter la récidive. Ces tumeurs étant toujours à base large, on ne peut guère les enlever avec les ciseaux; le bistouri concave sur son plat ou un scalpel à deux tranchants et à pointe mousse conviennent beaucoup mieux. Si on choisit le bistouri concave, il faut en avoir deux, dont l'un est tranchant sur le côté droit et l'autre sur le côté gauche: ainsi on pourra faire agir l'instrument de droite à gauche et de gauche à droite. Après l'ablation de la tumeur, on cautérisera la plaie avec le fer chaud, ce qui a le double avantage d'arrêter le sang et de consumer les parties de la tumeur qui ont échappé à l'instrument tranchant.

Voici une observation qui mérite à plus d'un titre de fixer l'at-

Digitized by Google

tention du praticien. D..., marchand de bois, âgé de quarante-quatre ans, n'a pas eu d'affection syphilitique, mais sa mère est morte cancéreuse. En 1831, après de très fortes fatigues, le malade eut des vomissements de sang, pour lesquels on lui fit de très abondantes et très nombreuses évacuations sanguines; il fut aussi soumis à une diète très sévère et très prolongée. En 1832, seulement, il constata l'existence d'une tumeur comme une noisette au milieu de la voûte palatine : cette tumeur n'était ni pédiculée ni mobile; sa surface était parcourue par des veines très apparentes et bien constatées par le malade quand il se regardait à une glace. A peu près tous les mois, selon le malade, la tumeur laissait échapper une petite quantité de sang par ce qu'il appelle une crevasse. Cet écoulement de sang n'aurait pas rempli une coquille de noix. Trois mois après l'apparition de cette tumeur, un médecin voulut l'ouvrir avec le bistouri; l'incision donna issue à peu près à un demi-verre de sang. La tumeur, au lieu de diminuer de volume, prit un accroissement très sensible. Un an après la première opération (1833), le même médecin pratiqua une nouvelle incision sur la tumeur, qui avait alors un volume plus considérable qu'un œuf de pigeon. Il s'écoula la même quantité de sang. La tumeur alors se développa et acquit progressivement le volume, la forme que j'indiquerai bientôt. Les saignements de la tumeur sont toujours les mêmes et arrivent à peu près aux mêmes époques; ils étaient abondants surtout au printemps. Le malade n'a éprouvé ni élancements ni aucune espèce de douleur dans la tumeur même; jamais de pulsations. La douleur, qui s'est déclarée depuis à peu près trois ans, porte sur les dents molaires droites, là où je montrerai que la tumeur est plus développée, là où elle déjette en dehors les alvéoles et les dents. Il n'est pas inutile de dire ici que le malade a encore toutes ses dents. La tumeur, à très large base, occupe toute la portion dure et molle du palais. Elle a même dépassé les bornes de cette région, surtout à droite et en arrière, où elle repousse en dehors quatre dents molaires, en commençant par la dernière qui est fortement ébranlée. Pour la forme, la tumeur ressemble beaucoup à un cœur dont la pointe serait en avant et correspondrait aux incisives et dont la base regarderait la luette. Le côté droit de cette tumeur est plus développé que le gauche, soit en dehors, ce qui déjette les dents, soit en bas, ce qui déprime la langue; entre les deux lobes de la tumeur, et un peu en avant, est une ulcération ovale et large comme la première phalange de

Digitized by Google

l'index. La tumeur a un peu plus de consistance qu'une loupe; elle n'est pas fluctuante. Pour passer le doigt entre elle et la langue, et aller constater ses limites postérieures, il faut déprimer cet organe, et encore y parvient-on difficilement. Par la vue, on constate à peine l'extrémité de la luette et une petite portion du pharynx. La totalité de la tumeur ne peut être mobilisée. Cependant le malade mange, mais très difficilement, de la viande, et même du pain. Sa voix est rauque, sa parole un peu gênée. L'exploration des fosses nasales par une bougie a prouvé leur entière liberté. Les altérations de fonction ne sont pas en rapport avec le volume considérable de la tumeur: cependant le malade dort avec la bouche ouverte; il dort d'un sommeil tranquille pour lui, mais très bruyant pour ses voisins. Sa santé générale est excellente. Cette circonstance et le peu de douleur qu'il éprouve l'ont éloigné jusqu'ici d'une opération qui lui a été souvent proposée.

Le sujet fut présenté à la Société de chirurgie, et on considéra cette tumeur comme fibreuse et d'une ablation qui ne présenterait pas de grandes difficultés. J'entrepris donc cette opération le 27 janvier 1844. Le malade assis en face du jour, la tête renversée et fixée contre la poitrine d'un aide, j'appliquai sur sa langue une plaque coudée pour abaisser autant que possible cet organe. Je confiai cet abaisseur à un aide. Je saisis alors la tumeur avec une double érigne et je l'attaquai sur son bord gauche avec un bistouri droit. A peine l'enveloppe fibro-muqueuse fut-elle divisée, qu'un flot de sang jaillit sur moi, et un autre se précipita vers le pharynx : je vis alors qu'il n'y avait pas de temps à perdre; au lieu donc de procéder à une dissection minutieuse régulière, je déposai le bistouri, et avec les doigts seulement je fis un arrachement aussi complet que possible. Je pus assez facilement enlever ainsi ce qui tenait à la portion dure; mais je n'osai exercer des tractions un peu fortes sur les parties de la tumeur qui adhéraient au voile. Ces portions, je les détachai avec le bistouri. Mais pendant et après cette opération le malade perdait du sang en abondance. Heureusement que tout en croyant à une tumeur un peu moins sanguine que celle-ci, j'avais eu le soin de mettre au feu trois cautères qui furent éteints à plusieurs reprises sur le théâtre de cette opération. Quand je cautérisais sur un point, l'autre saignait. Enfin, je finis par arrêter l'hémorrhagie et détruire par le même moyen, par le feu, les parcelles de la tumeur que mes doigts n'avaient pu arracher. La cicatrisation a été des plus

Digitized by Google

promptes; les dents déviées ont repris leur direction et place; toutes les fonctions de la bouche, de l'isthme du gosier, sont rétablies, et aujourd'hui, deux ans après cette opération, le malade, qui vient souvent me voir, n'offre aucune trace de son ancienne maladie. J'ai rapporté avec quelques détails cette observation, qui offre un cas assez rare comme anatomie pathologique, et qui peut au point de vue de la médecine opératoire fournir une nouvelle preuve de la nécessité de se pourvoir des moyens hémostatiques les plus puissants quand on doit opérer dans une cavité, et cela même quand on n'a pas de grandes raisons de croire à une hémorrhagie. (Voyez mes principes sur ce point, tome I, page 57.) Le tissu qui composait cette tumeur était parcouru par de nombreux vaisseaux et semés de tous petits grains, mais la masse ressemblait beaucoup au tissu pulmonaire enflammé au second degré. J'ai pensé pour mon compte qu'il s'agissait d'une tumeur ayant de l'analogie avec celles qu'on appelle érectile; les membres de la Société de chirurgie ont cru à une forme du cancer encéphaloïde.

Opérations qu'on pratique sur le palais et son voile.—Prothèse mécanique.

I. EXCISION DE LA LUETTE.

Il est vraiment extraordinaire de voir l'importance accordée par les anciens aux opérations qui avaient pour but de retrancher une partie ou la totalité de la luette. On la liait avec une ligature portée par un anneau cannelé; F. de Hilden et Scultet parlent d'un porte-ligature particulier; à Paul il ne fallait pas moins de trois instruments fabriqués *ad hoc*, un *staphylaire* pour tenir l'organe, un *staphylome* pour le couper, et un *staphylocauste* pour le brûler. Mesué employait un bistouri d'or fortement chauffé et une chaîne dans un anneau de laquelle la luette était engagée. A ce luxe de moyens, que je me garde bien d'étaler ici en entier, croirait-on que cette opération est une des plus simples de la chirurgie, et qu'elle est faite avec les premiers ciseaux venus et une pince!

Voici d'ailleurs le manuel opératoire: le malade est placé comme pour la staphyloraphie; sa bouche est largement ouverte; avec la main gauche, qui tient une pince à pansement, la luette est saisie (comme elle peut glisser, on fera bien de se servir de mes pinces à dents de souris), on la tire à soi et à droite du malade; avec des ciseaux droits on coupe d'un seul coup cet appendice près sa base.

Digitized by Google

Il vaut mieux en retrancher plus que moins, et ferait-on son ablation complète, que ni le mutisme, ni le passage des aliments dans le nez, ni les autres inconvénients imaginés par les auteurs n'auraient lieu.

II. STAPHYLORAPHIE.

Il est incontestable que l'idée de réunir les bords de la division congéniale du voile est ancienne, et cependant l'opération de la staphyloraphie est toute moderne. Il est probable que la profondeur de la partie sur laquelle il fallait opérer, que l'écartement des bords de la division augmenté par la contraction des péristaphylins externes, ont fait entrevoir de grandes difficultés devant lesquelles on a reculé.

S'il est historiquement vrai que Græfe a pratiqué la staphyloraphie avant M. Roux, il est moralement établi que le chirurgien français ne connaissait nullement les détails de l'opération de Græfe, publiés en 1817 (Journal de Hufeland), quand, en 1819, il obtint un succès brillant sur M. Stephenson, jeune médecin devenu historien d'un si grand événement pour lui et pour la chirurgie française. Ainsi personne n'a suggéré l'idée de la staphyloraphie ni les moyens de l'exécuter à M. Roux (1). Si d'ailleurs les compatriotes de Græfe persistaient à invoquer des documents historiques, ils en trouveraient un qui pourrait détruire leurs prétentions. Ils n'auraient qu'à lire le *Traité sur différents objets de médecine*, publiés par Robert en 1766, et dans lesquels il est dit : « Un enfant avait le palais fendu depuis le voile jusqu'aux dents incisives. M. Le Monnier, très habile dentiste, essaya avec succès de réunir les deux bords de la fente, fit d'abord plusieurs points de suture pour les tenir rapprochés, et les rafaichit ensuite avec l'instrument tranchant. » (Voyez *Médecine opératoire* de Velpeau, t. III, pag. 572.)

Une opération qui se pratique dans le fond de la bouche, qui présente les difficultés de celle-ci et qui exige de la part du malade une patience si soutenue, une pareille opération ne peut être pratiquée chez les enfants. Les bords à réunir sont si minces que le moindre mouvement nuira à l'adhésion. Il faut donc que le patient n'ait ni rhume ni affection de la gorge ; qu'il se prive de manger et même de boire pendant quelques jours. Cette dernière privation étant plus supportable l'hiver, on devra choisir cette saison. Le malade une fois prévenu de ces privations et autres qui sont nécessaires

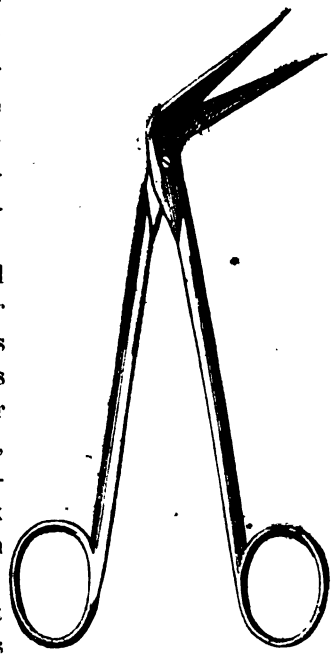
(1) *Mémoire sur la staphyloraphie*. Paris, 1825, in-8.

Digitized by Google

à l'immobilité de la partie qui va devenir le théâtre de l'opération, ou habituera cette partie au contact de sondes, de pinceaux; elle perdra ainsi de sa sensibilité comme quand, affectée d'une affection vénérienne, elle a souvent été touchée par diverses préparations. Si, craignant les mauvais effets d'une diète absolue, on se proposait d'injecter dans l'estomac des liquides nourrissants, on ne ferait pas mal d'habituer au contact de la sonde œsophagienne les organes qui seront plus tard en rapport avec cet organe. C'est un conseil sur lequel M. A. Bérard insiste.

Avivement. Comme pour le bec-de-lièvre, on a songé à aviver par la cautérisation. Ainsi j'ai ouï dire à Dupuytren, qui traitait assez dédaigneusement la staphyloraphie, qu'avec un crayon de pierre infernale il réunissait la division du voile du palais. Par des cautérisations successives portées sur l'angle rentrant, il aurait fait, pour ainsi dire, marcher la réunion vers la luette, où restait une échancrure qui finissait par disparaître. Je crois, pour ma part, que la cautérisation peut compléter l'opération telle que je vais la décrire; elle peut, par exemple, oblitérer une ouverture laissée en arrière, quand la suture supérieure n'a pas pris : mais prétendre remplacer la staphyloraphie par la cautérisation seule, c'est, je crois, s'avancer un peu trop.

Fig. 1.



M. Roux, comme on le verra quand je décrirai sa manière de procéder à l'avivement, après avoir passé les fils, fait d'abord une entaille avec les ciseaux coudés (fig. 1, demi-grandeur réelle) et continue avec le bistouri, comme on le voit fig. 8. On peut terminer ce temps avec les ciseaux ou l'exécuter comme je le dirai en parlant du procédé que je préfère.

Application des fils. Ce temps est difficile : aussi, pour le faciliter, les chirurgiens ont imaginé une foule d'instruments avec des complications qui ont mis au défi les descripteurs les plus habiles, lesquels renoncent généralement à les décrire, ou échouent quand

Digitized by Google

ils font une pareille tentative L'aiguille qui porte le fil procède de deux manières : ou elle pique le voile d'arrière en avant, comme le veut M. Roux, ou bien d'avant en arrière, comme je le préfère. M. Roux se sert donc d'une large aiguille courbe (fig. 2) montée sur l'instrument (fig. 3, demi-grandeur réelle) dont se servent les horlogers. *a* est un coulant qui rapproche les deux branches de cette espèce de pince. L'instrument de M. Foraytier est, selon moi, préférable (fig. 4, demi-grandeur réelle). C'est, dans sa plus simple expression, une tige à laquelle on peut donner la courbure et la longueur qu'on désire. On la monte sur un manche *a* qui laisse dépasser en bas la tige, si la gorge n'est pas profonde; elle est fixée au manche par une vis de pression *c*. Son sommet se brise, comme on le voit fig. 5, qui représente un fragment de l'instrument, grandeu réelle, c'est-à-dire que la petite lance qu porte le fil peut abandonner la tige par une traction modérée. On pique donc avec cette aiguille courbe d'arrière en avant, et quand la lance a paru dans ce dernier sens, on la saisit avec une pince, on la sépare de la tige et elle entraîne le fil.

Fig. 2.

Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 3.

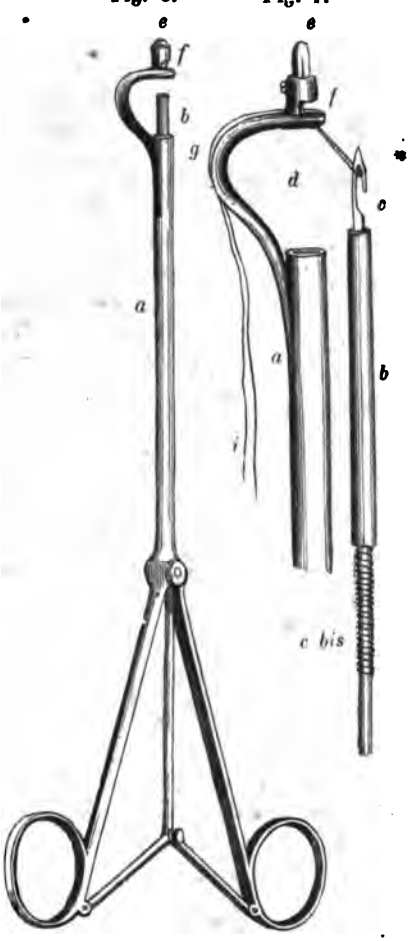
J'ai dit qu'il était préférable de piquer d'avant en arrière; on peut alors mieux apprécier à quelle distance du bord de la division on enfonce le fil. L'instrument de M. Depierris, inspiré par des essais de MM. Foraytier et Bourgougnon (1), cet instrument, modifié ensuite par M. Blandin, a cet avantage; de plus il fixe en même temps le voile du palais au moment où il va être piqué.

(1) *Bulletin de l'Académie royale de méd.*, t. IV, p. 24; t. VIII, p. 173.

Digitized by Google

Voici ce système si difficile à décrire et dont le mécanisme est facile à comprendre quand on peut voir l'instrument. La figure 6 est l'instrument entier, demi-grandeur réelle ; la figure 7 représente les parties principales, l'extrémité antérieure, grandeur réelle. On voit donc que cet instrument est composé d'une première et grande canule *a;* cette canule en contient une autre *bb ;* à la fig. 7, cette deuxième canule est sortie de son fourreau; elle contient une tige d'acier terminée en avant par une aiguille à crochet *c*, laquelle est montée en arrière sur un ressort à boudin *ç* (*bis*).

Fig. 6. Fig. 7.



Les canules sont interrompues par un espace dans lequel doit se trouver la portion du voile du palais à traverser : c'est la *grande échancrure d*. Après cette échancrure est encore un bout très court d'une canule bouchée en avant : c'est une espèce de dé à coudre *ee ;* un fil est à cheval sur la *petite échancrure f*, fig. 6 et 7 ; il passe sur la convexité du demi-cercle qui unit les deux portions de canule, fig. 7, *g*; les extrémités de ce fil *i*, fig. 7, sont tenues par un doigt de l'opérateur, qui opère des tractions sur lui. Si on veut faire agir l'instrument, on rapproche ses anneaux comme ceux des ciseaux : alors la canule concentrique dépasse en avant l'excentrique, comme on le voit déjà fig. 6, *b*, et elle s'applique contre le voile du palais. Si on rapproche encore les anneaux, le dard sort, traverse le voile, et rencontre derrière ce voile la canule concentrique, le dé à coudre *ee*, qu'il pousse devant lui : alors le fil qui était à cheval sur le dé, et par

Digitized by Google

conséquent dans la *petite échancrure*, tombe dans le bout de la canule excentrique, qui, débarrassée du dé à coudre, contient alors l'aiguille à hameçon *c* qui accroche le fil, lequel est alors derrière le voile du palais, et l'amène en avant de ce voile par l'effet du ressort à boudin *c* (*bis*), dont j'ai déjà parlé.

A. *Procédé de M. Roux.* Voici ses moyens : 1° trois ligatures aplaties composées de trois ou quatre fils ; 2° à chaque bout de ces petits rubans de fil, une aiguille très courbe, plate et large (fig. 2) ; 3° un porte-aiguille (c'est une pince dont les mors sont rapprochés par un coulant mû par une tige qui traverse le manche de cet instrument déjà connu dans les arts). J'ai représenté, fig. 3, cette pince d'une manière plus simple ; il n'y a pas de tige qui longe le manche ; 4° pinces à pansements ; 5° bistouri boutonné ; 6° ciseaux à longues branches, à lames courtes et coudées sur un côté (fig. 1).

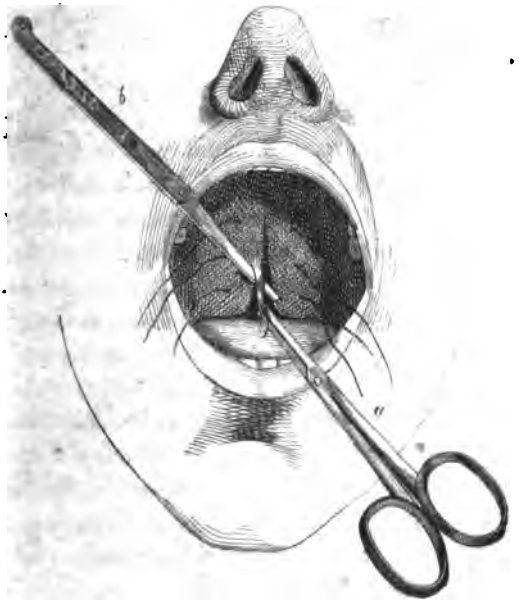
Le sujet est assis en face du jour, la bouche ouverte, écartée à l'aide d'un coin de liége, dont on se dispensera si on peut compter sur la résolution du malade. Le chirurgien, avec les pinces tenues de la main gauche, saisit le bord droit de la division ; avec la droite il conduit dans le pharynx le porte-aiguille armé. La pointe de l'aiguille est dirigée sur la face postérieure du voile du palais, de manière à la traverser d'arrière en avant, près de son extrémité inférieure, et à 8 ou 9 millimètres environ du bord de la division. La pointe de l'aiguille fait saillie en avant ; on la saisit avec les pinces ; on fait lâcher prise au porte-aiguille ; on tire dans la bouche l'aiguille entraînant avec elle un bout de la ligature. Il convient alors de laisser au malade quelques instants de relâche, durant lesquels il crache et respire à son aise. On passe ensuite de la même manière l'autre bout de la ligature à travers le côté gauche du voile du palais : on laisse pendre les deux extrémités du fil en dehors des commissures labiales. Une seconde ligature est passée, en haut, à peu près sur l'angle d'union des deux parties du voile du palais ; enfin une troisième au milieu de l'intervalle qui sépare les deux autres.

Les ligatures étant placées, on abaisse leur partie moyenne dans le pharynx pour ne pas les couper en avivant les bords de la division. Pour l'avivement, on saisit un bord de la fente tout-à-fait en bas avec les pinces à anneaux, fig. 8, *a*, et on le tend. Les ciseaux coudés (fig. 1) que j'ai déjà représentés font d'abord une entaille en bas, puis avec le bistouri droit boutonné, fig. 8, *b*, placé en dehors des pinces, le dos tourné vers la base de la langue, on détache un lambeau de 1 millimètre de large environ, et égal dans tous les points

Digitized by Google

de son étendue. On prolonge ce lambeau jusques un peu au-dessus de l'angle d'union, en le tenant fixé avec les pinces jusqu'à la fin de la division. On en fait autant du côté opposé, en joignant les deux

Fig. 8.



plaies l'une à l'autre, sous un angle très aigu, au-dessus de l'angle d'union indiqué.

Pour fixer les fils, on commence par le plus bas, avec lequel on fait d'abord un nœud simple; après l'avoir serré suffisamment à l'aide des doigts indicateurs, un aide saisit ce nœud avec les pinces à anneaux, pour qu'il ne se relâche point jusqu'au moment où l'on aura fait le second. La même manœuvre est répétée pour les deux autres fils, en portant à dessein la constriction tant soit peu au-delà du degré rigoureusement nécessaire pour mettre en contact immédiat les bords de la division. Enfin, avec les ciseaux, on retranche près du nœud les deux bouts de chaque ligature.

Après cette opération, le malade doit garder le silence le plus absolu, ne prendre ni aliments ni boissons, s'abstenir même autant que possible d'avaler sa salive, qu'il laissera tomber dans un vase ou sur un mouchoir; il évitera soigneusement tout ce qui pourrait provoquer la toux, le rire, l'éternument, en un mot tout ce qui tend à ébranler le pharynx et le voile du palais. Du troisième au

Digitized by Google

quatrième jour, on peut enlever une ou les deux ligatures supérieures ; l'inférieure restera un ou deux jours de plus. Si la réunion avait manqué en haut, ce qui arrive fréquemment lorsque la fente se prolonge sur la voûte palatine, on pourrait ou bien attendre l'oblitération spontanée, ou, ce qui vaut mieux, la favoriser en touchant ses bords avec la pierre infernale.

On peut adresser quelques reproches à ce procédé. D'abord il est difficile, en faisant pénétrer les aiguilles d'arrière en avant, de les placer toujours à égale distance des bords de la division, à égale hauteur des deux côtés, et de faire que les intervalles qui les séparent soient égaux : ce qui peut plisser les lèvres de la plaie et les faire bâiller, ce qui rend la coaptation inégale, etc. L'avivement est difficile, pour tout autre chirurgien que M. Roux, quand on le pratique de bas en haut, en commençant par le bord libre du voile : alors on a beau le tendre, faire agir le bistouri en sciant, les parties molles qui ne sont pas retenues en bas fuient, la section n'est pas nette et la bandelette de chair qu'on enlève manque de régularité. Si on veut remplacer le bistouri par les ciseaux, il peut arriver (ce qui est arrivé en effet) qu'on coupe un des fils, pendant l'avivement. Pour éviter cela, il est des chirurgiens qui commencent l'opération par l'avivement ; mais ils tombent dans un autre inconvénient, c'est la difficulté plus grande alors de passer les aiguilles.

Fig. 9.

B. *Procédé adopté par l'auteur.* Voici comment je démontrais cette opération dans un cours de pathologie externe et de médecine opératoire que je fis il y a bientôt six ans. 1° Des aiguilles tout-à-fait droites; 2° des pinces à pansement avec une rainure selon l'axe des mors; 3° ma pince à disséquer un peu allongée, terminée par quatre dents de souris, ou bien la pince courbe que je représente (fig. 9) ; 4° un petit couteau à deux tranchants, à manche long, et fait sur le modèle du couteau dont Wenzel se servait pour l'opération de la cataracte.

Une aiguille droite portant un fil double est saisie par la pince à pansement ; elle est fortement enfoncée à 6 millimètres du bord de la division, et *d'avant en arrière*, pendant que la pince à disséquer tend ce bord. La pince à pansement lâche l'aiguille, et comme celle-ci est fortement enfoncée, elle est facile-

Digitized by Google

ment aperçue dans le pharynx ; la même pince qui la tenait par la tête, la saisit par la pointe; elle est tirée du côté de la bouche, et un aide la dégage du fil qu'elle entraîne. De l'autre côté, même manœuvre par laquelle une autre aiguille entraîne un autre fil ; mais ce dernier seul servira à la suture : en effet, son bout est passé dans une anse formée par le premier qui est double, et en tirant sur celui-ci, on entraîne le dernier. Les deux bouts sont confiés à un aide. Les autres fils sont passés par le même procédé.

Au lieu de commencer l'avivement en bas, comme M. Roux, en haut, comme l'ont fait plusieurs chirurgiens, je pique au milieu avec le cératotome dont un tranchant est dirigé en haut, l'autre en bas: je fais d'abord agir le premier, qui s'arrête à la commissure; le second détache en bas la bandelette, laquelle tient encore en haut; je répète la même manœuvre de l'autre côté: alors la commissure est saisie avec des pinces, et, en prolongeant un peu en haut l'incision de chaque côté, on détache les deux bandelettes qui forment un A. On nouera les fils comme le fait M. Roux, et on observera les préceptes qu'il a donnés pour les soins consécutifs. J'ai décrit ce procédé tel qu'il était dans ma première édition ; j'apprends par l'excellent article *Staphyloraphie* du *Dictionnaire en 21 volumes*, nouvelle édition, que M. Bérard avait fait connaître une manœuvre analogue.

J'ai déclaré que je ne parlerais pas de tous les procédés; je mentionnerai seulement les lardoires de Dieffenbach, qui remplacent les aiguilles; elles entraînent des fils de plomb. Je dirai ici que, dans le choix des moyens, on devra également éviter les exagérations de Græfe et de Smith : le premier a besoin de cinq instruments seulement pour serrer les fils, et le second prétend que le seul instrument indispensable pour faire la staphyloraphie est une longue aiguille comme un hameçon.

Il y a un grand avantage à pratiquer les opérations difficiles avec les instruments qui servent tous les jours au chirurgien : une pince à pansement, une pince à disséquer, un cératotome, tout cela est commun et très usité, et rien de plus que de faire agir des aiguilles droites. Ainsi, tout bien considéré, on devra suivre le procédé que j'ai décrit en dernier lieu.

Digitized by Google

III. PALATOPLASTIE.

Les ulcères, surtout les ulcères vénériens, peuvent faire des brèches à la voûte palatine et au voile : les opérations nécessitées par des dégénérescences ont aussi donné lieu à des pertes de substance de cette région ; la nécrose, la carie, ont produit le même résultat. Des obturateurs ont de tout temps été employés pour combler ces vides, pour boucher les perforations du palais; mais ce n'est qu'à la portion dure qu'ils ont été appliqués jusqu'ici ; j'en ferai connaître un à la fin de cette section. Aussi, non seulement on a tenté de combler les pertes de substance du voile avec les tissus ambiants, mais on a voulu et on a pu encore combler le vide laissé par l'écartement congénial des os maxillaires ou leur perforation due à l'action d'un virus ou à toute autre cause morbifique.

C'est la méthode autoplastique française qui a surtout été employée ici : je montrerai aussi que la méthode indienne a été tentée.

Procédé de M. Roux. Ce procédé est employé surtout pour compléter la staphyloraphie quand les bords de la division du voile sont trop écartés pour être rapprochés convenablement. Trois ligatures placées comme je l'ai dit (voyez la description de la staphyloraphie), les bords de la division du voile ne sont avivés que jusqu'à leur point d'adhérence; alors, avec un bistouri, on pratique une section transversale immédiatement au-dessous du bord de l'os palatin et dans sa direction. L'incision est faite de chaque côté du voile ; elle comprend toute son épaisseur et dépasse à peine en dehors la ligne sur laquelle les ligatures sont placées : les deux parties du voile, ainsi détachées du palais, sont plus mobiles, et les ligatures peuvent plus facilement affronter les bords déjà avivés.

Procédé de M. Dieffenbach. Une entaille est faite de chaque côté de la division, et à quatre lignes en dehors ; de là, une facilité plus grande pour le rapprochement des bords avivés.

Procédé de M. Bonfils. M. Bonfils, chirurgien de Nancy, conseille de tailler sur la voûte palatine un lambeau dont l'étendue est en rapport avec la perte de substance éprouvée par le voile; ce lambeau est disséqué d'avant en arrière, tiré en bas et mis en contact par la suture avec les bords avivés de la perte de substance du voile. Je ne sais où quelques chirurgiens ont lu que M. Bonfils a tordu le lambeau. L'opération, d'ailleurs, n'a réussi que très incomplétement.

Digitized by Google

Autre procédé de M. Roux. Ce chirurgien a tenté, dans les cas d'écartement des os maxillaires (après l'avivement de la division du voile), de détacher la muqueuse de chaque apophyse palatine, pour pouvoir faire un point de suture de plus au-dessus du point le plus élevé de la staphyloraphie.

Procédé de Krimer. Après la staphyloraphie pratiquée dans un cas de complication d'écartement des os maxillaires, ce chirurgien fit une incision de chaque côté de l'écartement et à quelques lignes en dehors. Il put ainsi disséquer des deux côtés, vers le milieu, deux lambeaux qu'il renversa de manière à rendre nasale la muqueuse buccale : ces lambeaux furent ensuite réunis sur la ligne médiane par quelques points de suture.

Quand il y a bec-de-lièvre double, on peut très bien se servir du tubercule médian pour combler le vide laissé par l'écartement des os maxillaires. S'il n'était pas assez long pour cela, on pourrait le fendre par une incision dirigée obliquement de haut en bas, et qui s'arrêterait avant d'être au bout du tubercule : ainsi il serait allongé; de cette manière, un côté se trouverait avivé, il n'y aurait plus qu'à l'aviver sur l'autre bord.

Procédé de M. Velpeau. Deux rubans de tissu longs de six à dix lignes, ayant la forme d'un triangle un peu allongé, sont taillés l'un en avant, l'autre en arrière de la perforation. Disséqués et abaissés l'un vers l'autre, réunis à l'aide d'un point de suture par leur sommet, ces lambeaux laissent chacun une plaie; le rapprochement des bords fermera peu à peu la fistule dans tous les sens.

Il n'est pas nécessaire de dire combien peu de chances de réussite offrent tous ces procédés. Il est bien rare que le lambeau soit suffisant, il est plus rare de pouvoir parfaitement affronter les bords des deux parties qu'on veut réunir; le tissu cellulaire qui unit la membrane palatine à la voûte de ce nom est très peu abondant et très serré; les lambeaux, difficilement détachés, sont minces, se mobilisent difficilement aussi et se gangrènent souvent. Cependant Krimer a eu un succès incontestable et assez beau pour autoriser les praticiens à l'imiter, et quand, après la staphyloraphie, les bords sont difficilement affrontés, on fera bien aussi d'imiter M. Roux ou M. Dieffenbach.

Digitized by Google

IV. PROTHÈSE MÉCANIQUE.

Après les moyens de prothèse organique, c'est-à-dire l'autoplastie, je dois dire un mot des moyens mécaniques employés pour oblitérer

Fig. 10.

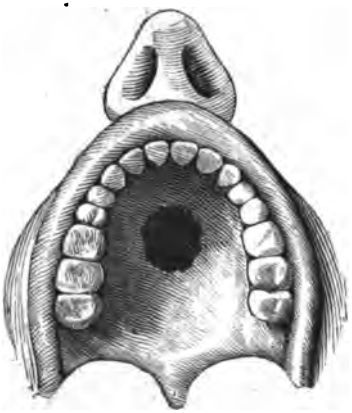


Fig. 12.

Fig. 13.

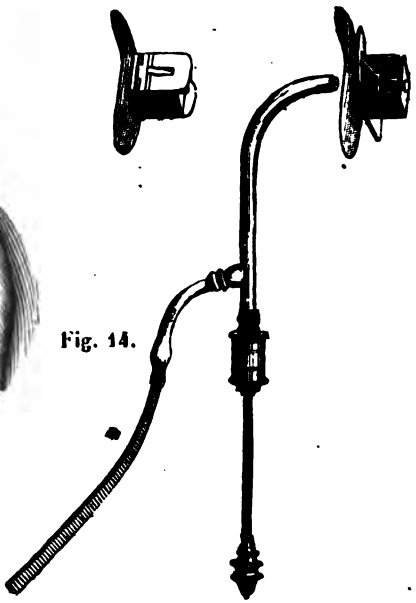


Fig. 14.

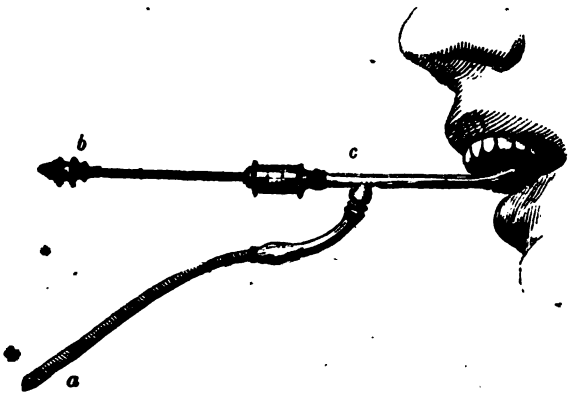
Fig. 11.

ou combler les vides laissés par les ulcérations, les nécroses du palais. La fig. 10 représente une assez large perforation de la voûte palatine, et la fig. 11 un obturateur; on voit sa face buccale; au milieu est un pivot comme celui d'une montre. La fig. 12 représente l'obturateur au moment où on va l'introduire dans la perforation; *a* est la saillie qui entrera dans le nez. La fig. 13 est le même obturateur; mais deux ailes sont abattues sur chaque côté de manière que la voûte palatine se trouve entre les ailes qui sont dans le nez et la plaque fig. 11 qui est dans la bouche. La fig. 14 représente un instrument destiné à abattre ou à relever les ailes de la fig. 12; son extrémité est creusée comme une clef de montre; le pivot de la fig. 11 entre dans cette clef qui met en mouvement une vis de rappel laquelle ouvre les ailes pour fixer l'obturateur, ou les relève pour enlever l'instrument. La fig. 15 représente cette espèce de clef en action: *a* est le manche qui sert à la fixer, *b* est l'extrémité d'une

Digitized by Google

tige qui, une fois parvenue dans la canule courbe, se transforme en chaîne comme celle du porte-caustique de M. Lallemand et peut permettre ainsi à la tige des mouvements de rotation, les-

Fig. 15.



quels peuvent abattre ou relever les ailes selon qu'on veut placer ou déplacer l'obturateur. Avec ce mécanisme, dont l'idée est due à M. Charrière, le malade peut le soir, et sans aide, retirer l'obturateur, et le remettre le matin.

Il y a actuellement à Paris (octobre 1845) un médecin américain qui a un écartement du voile du palais et de la partie de la voûte la plus voisine de ce voile. Ce médecin a imaginé et fait construire un instrument qui sert en même temps d'obturateur et de voile. La partie qui correspond au palais est en argent, et se fixe aux deux molaires correspondantes; de son bord inférieur part un voile en gomme élastique, espèce de soupape très souple, et ayant un certain ressort. Quand l'instrument est placé, ce médecin parle absolument comme si le palais et son voile étaient dans une parfaite intégrité; quand au contraire l'instrument est enlevé, sa voix prend le caractère spécial des sujets qui sont dépourvus de palais, et sa parole est inintelligible.

Si cet instrument peut bien se fixer sans crainte pour le malade de l'avaler, si par ces points d'appui aux dents il n'ébranle pas celles-ci, si réellement son séjour n'est pas gênant et si ses effets sur la voix, la prononciation, sont tels que semble le prouver l'expérience que fait sur lui-même ce médecin américain, on pourra, je crois, se dispenser peut-être de la plupart des réparations que je viens de décrire.

Digitized by Google

SECTION SEIZIÈME.

MALADIES DES AMYGDALES.

Les maladies des amygdales sont fréquentes ; ce sont les organes doubles le plus souvent affectés simultanément. L'inflammation, surtout, envahit très rarement une seule glande. Je n'ai rien à dire ici d'important sur les anomalies et difformités de ces organes. J'en ferai mention en passant quand il sera question de l'hypertrophie. Ce que je dois exposer sur ces lésions physiques se bornera à quelques mots sur les corps étrangers ; je traiterai plus longuement des lésions vitales qui comprennent l'amygdalite, les abcès et l'hypertrophie de ces glandes. Les dégénérescences sont extrêmement rares : aussi les partisans de l'opinion qui fait jouer un si grand rôle à l'inflammation dans la production des dégénérescences reçoivent ici un éclatant démenti ; car rien de plus fréquent que l'amygdalite et rien de plus rare que les dégénérescences des amygdales.

CHAPITRE PREMIER.

LÉSIONS PHYSIQUES DES AMYGDALES.

ARTICLE Ier.

Corps étrangers des amygdales. — Calculs.

Ce sont des produits de ces glandes, qui prennent une consistance plus ou moins considérable, quelquefois pierreuse. Ils se forment, le plus souvent, dans les lacunes de ces organes par l'épaississement de la matière muqueuse qu'elles contiennent ou par la cristallisation des sels qui entrent dans la composition de ces matières ; c'est le plus souvent le phosphate de chaux qui forme ces espèces de calculs.

Les corps étrangers formés par condensation de la matière muqueuse prennent une consistance caséeuse et s'altèrent au point de produire une grande fétidité dans la bouche. Ils distendent quelquefois les petites loges qui les renferment, et augmentent ainsi le volume des amygdales. Quand l'ouverture de ces loges est assez large, ils tombent dans le pharynx, sont crachés ou avalés. Ils apparaissent ordinairement sous forme d'une tache blanche ; on les

Digitized by Google

touche avec un stylet ou avec une pince, et on peut les déloger. Il est des sujets qui ont souvent de pareils corps étrangers, lesquels se renouvellent quelque temps après leur extraction. Ordinairement, ils se forment sous l'influence d'une angine légère qui a passé à l'état chronique, par un usage immodéré de la parole ou du chant.

Si les concrétions sont très anciennes, s'il y en a plusieurs de volumineuses, et qu'elles augmentent le volume de la glande d'une manière notable, elles pourront constituer un cas d'ablation d'une partie de l'organe.

CHAPITRE II.

LÉSIONS VITALES DES AMYGDALES.

ARTICLE Ier.

Inflammations des amygdales.

Ces inflammations portent sur la muqueuse qui enveloppe les glandes ou atteint leur tissu propre. Le premier cas constitue une espèce d'angine que je ne dois pas étudier ici. Quand avec cette phlegmasie muqueuse les glandes elles-mêmes participent à l'inflammation, il y a réellement amygdalite, inflammation qui a souvent des conséqnences qui nécessitent l'emploi des moyens chirurgicaux : aussi étudierai-je ici cette phlegmasie glanduleuse avec quelque soin.

Causes. Elle attaque les deux glandes, en même temps ou successivement : quelquefois une seule est prise ; c'est le cas le plus rare. Sur trente-trois amygdalites observées par M. Louis, trente étaient doubles. Chez les enfants, on a vu que vingt et un sur vingt-deux avaient les deux tonsilles enflammées en même temps (1).

L'époque de la vie où cette inflammation se montre le plus fréquemment va de dix à trente ans ; il est extrêmement rare qu'on l'observe après cinquante ans. On avait avancé que les femmes y étaient plus exposées que les hommes ; les observations de MM. Louis et Rufz tendraient à prouver le contraire. On voit des amygdalites dans toutes les saisons : cependant, quand les changements de température sont brusques, au printemps et en automne, on en observe

(1) Blache et Chomel, *Dictionnaire en 21 volumes*, nouv. édit.

Digitized by Google

davantage : cette inflammation prend, pour ainsi dire, une forme épidémique ; on remarquera qu'alors règne ou a régné depuis peu une épidémie de scarlatine ou de rougeole : or, on sait que l'amygdalite se lie à la plupart des fièvres éruptives. On l'a vue se joindre à des épidémies d'oreillons ; elle peut d'ailleurs être produite par les autres causes des diverses angines que je n'ai pas besoin de rappeler ici.

Symptômes. L'amygdalite est quelquefois précédée de phénomènes fébriles de la plupart des maladies aiguës. Parfois la difficulté d'avaler et la sensation d'un corps étranger dans l'arrière-bouche sont les premiers symptômes accusés par le malade ; puis vient une douleur peu vive avec chaleur et besoin continuel d'avaler. La déglutition est difficile, douloureuse, quelquefois même impossible ; le malade veut cracher à tout instant ; les efforts auxquels il se livre alors ne font qu'augmenter la sensation pénible provoquée par l'expuition ; la toux est, comme on dit, gutturale ; c'est un bruissement rauque ; la voix est altérée, l'articulation des sons difficile ; quelquefois même le malade ne peut se faire comprendre que par des gestes, ou bien il est obligé d'écrire. La difficulté de la respiration est rarement portée à un haut degré : il faut, pour cela, un gonflement considérable des amygdales ; alors on observe parfois une dyspnée venant par intervalles, une suffocation passagère. Les matières sorties de la bouche sont claires, visqueuses et filantes.

Voici ce qu'offre l'examen de l'arrière-bouche : les amygdales gonflées dépassent les piliers du voile du palais ; quand les deux sont prises, elles semblent aller à la rencontre l'une de l'autre, et finissent quelquefois par se toucher : alors la luette est cachée derrière elles, ou bien elle paraît à peine en haut, tant elle est rétractée. Les tonsilles sont d'un rouge vif ou foncé ; au début de l'inflammation, leur surface est quelquefois sèche, puis on l'a vue recouverte de concrétions blanchâtres ou d'une couche grisâtre membraniforme. La luette, le voile du palais et ses piliers sont ordinairement enflammés. En parlant des maladies de l'oreille, j'ai signalé les rapports de cette inflammation avec celle de la trompe d'Eustache. En effet, il est des malades qui éprouvent une douleur dans l'oreille, manifeste surtout quand ils bâillent. Ils entendent aussi une espèce de crépitation, et ont l'orille plus ou moins dure. Quand une seule glande est enflammée, la luette est poussée vers le côté sain ; c'est

Digitized by Google

de ce côté que le malade incline la tête quand il veut avaler les aliments ou les boissons.

L'examen de la gorge n'est pas toujours facile, car la bouche ne peut pas toujours être suffisamment ouverte pour permettre à la vue de pénétrer profondément. Cependant, même dans les cas les plus graves, les mâchoires sont le plus souvent assez écartées pour permettre l'exploration par un doigt qui apprécie le gonflement et la dureté des glandes; quand elles sont très développées, on peut aussi constater leur engorgement par la palpation exercée au cou, immédiatement sous les angles maxillaires.

L'état local coïncide, le plus souvent, avec une réaction générale très marquée. Il arrive aussi, mais beaucoup plus rarement, qu'avec un gonflement considérable des tonsilles, il n'y a point de fièvre; il y a, au contraire, une faim qui devient toujours plus vive, puisque le malade est dans l'impossibilité d'avaler ou il avale avec beaucoup de douleur.

Le retour des liquides par le nez, la difficulté, l'impossibilité d'avaler, constituent des symptômes très pénibles pour le malade : aussi repousse-t-il toute boisson; son éloignement pour elles va quelquefois jusqu'à l'hydrophobie. J'ai vu un praticien inattentif, considérer et traiter comme enragé un malheureux qui avait une angine, avec répugnance extrême pour les liquides. (Voyez l'article *Rage*, du premier volume.)

Marche et terminaison. Cinq, dix jours, une ou deux semaines, vingt jours, voilà les termes ordinaires de l'amygdalite aiguë. Elle se termine presque toujours par résolution, quand elle est légère. La plupart des amygdalites intenses entraînent la suppuration; il est beaucoup plus rare d'observer la gangrène. La terminaison n'est pas toujours la même pour les deux glandes; il n'est pas extrêmement rare d'observer la suppuration d'un côté et la résolution de l'autre.

Quelle que soit la terminaison, on pourrait dire qu'elle n'est pas toujours définitive. Quand la résolution n'est pas complète, l'inflammation se reproduit quelquefois avec une espèce de périodicité; après une première inflammation mal éteinte, les glandes restant plus volumineuses, et dépassant les piliers du voile du palais, sont plus exposées à l'action des agents extérieurs, comme le froid, les aliments, etc. Je parlerai bientôt des abcès de ces glandes, de leur induration ou hypertrophie.

Digitized by Google

Traitement. Le traitement principal de l'amygdalite est antiphlogistique. Un sujet jeune et fort devra être saigné du bras, surtout s'il y a de la dyspnée, une difficulté extrême de la déglutition et une réaction vive. De nombreuses sangsues appliquées au cou, immédiatement au-dessous des angles maxillaires, peuvent faire éviter la saignée générale ; toujours elles rendent les effets de celle-ci plus prompts et plus salutaires. Les sangsues ont aussi été appliquées immédiatement sur les glandes; on les a scarifiées, on a saigné la langue, etc.

Aujourd'hui on s'en tient à la saignée du bras, aux sangsues appliquées sur la région du cou indiquée plus haut. On a cherché à se dispenser de la saignée en faisant vomir ou en purgeant fortement. Des tentatives, quelquefois heureuses, ont été faites dans le but de faire avorter l'inflammation : pour cela on a agi directement sur les glandes avec le nitrate d'argent, l'alun, le carbonate de chaux en poudre, l'acide pyroligneux, etc. Ces modificateurs peuvent tous être conservés dans la pratique, si on ne veut les employer que comme moyens accessoires; si on veut s'en servir à l'exclusion des saignées, on devra choisir des sujets lymphatiques ou épuisés.

Je reviens aux vomitifs, pour signaler leurs bons effets. Non seulement ils produisent une détente générale favorable à la résolution, mais encore, par les mouvements qui se passent à l'isthme du gosier, les glandes éprouvent une espèce de compression qui favorise leur dégorgement, qui augmente toujours la sécrétion folliculaire, et quand il y a abcès, il n'est pas rare qu'il s'ouvre pendant un effort de vomissement.

ARTICLE II.

Abcès des amygdales.

L'inflammation des amygdales produit assez souvent une certaine quantité de pus; mais, suivant l'élément de la glande qui suppure, il y a ou non collection de cette humeur. Ainsi, quand c'est la muqueuse qui sécrète le pus, on le voit étalé sur les glandes et former une enveloppe plus ou moins épaisse ; ou bien il est versé dans les lacunes de ces organes et rejeté plus ou moins promptement : dans ces deux cas, il n'y a pas abcès. La vraie collection purulente se forme au contraire quand les granulations sont prises, ou quand il y a inflammation du tissu cellulaire qui double les glandes en dehors.

Digitized by Google

Quelquefois ce sont tous les éléments de l'organe qui suppurent ; c'est alors qu'on peut observer, sur le même sujet, la couche pulpeuse qui revêt les glandes, et une double ouverture de l'abcès, dont une dans le pharynx, l'autre au cou : ce dernier cas est extrêmement rare. On a aussi parlé du pus provenant d'un abcès de l'amygdale, et qui aurait fusé dans la poitrine en suivant les gaînes des gros vaisseaux du cou. Il est probable que dans de pareils cas il y avait avec l'amygdalite une lésion grave du tissu cellulaire et des ganglions profonds du cou.

Il faut s'attendre à la formation du pus si l'inflammation n'est nullement modifiée par les antiphlogistiques employés pendant plusieurs jours, si la tuméfaction a lieu très rapidement, et qu'à des douleurs gravatives succèdent des douleurs pulsatives, avec gêne toujours plus considérable de la déglutition. On a la certitude de l'existence de l'abcès quand, après l'observation de ces phénomènes, on constate un changement de couleur de la glande, qui tire un peu sur le jaune et quand surtout il y a fluctuation (1). On peut voir quelquefois sur la glande un point plus proéminent; c'est là que la rupture de la poche purulente s'opérera; elle a lieu ordinairement par un effort que le malade fait pour cracher, avaler, parler ou vomir.

C'est parfois pendant le sommeil que l'ouverture de l'abcès a lieu. Il arrive assez souvent que, même pendant la veille, le malade ne s'aperçoit pas de ce phénomène; une fétidité de la bouche et des stries de pus dans les crachats, sont les seuls signes qui lui indiquent que l'abcès est ouvert. Il est probable que dans la plupart de ces cas il s'agit d'une suppuration superficielle; l'humeur sécrétée dans les lacunes des tonsilles est alors rejetée presque aussitôt dans le pharynx.

Après l'évacuation du pus, les parois de l'abcès reviennent sur elles-mêmes; par ce retrait, la glande reprend son volume normal, quelquefois même elle reste plus petite et se cache entièrement derrière les piliers. Ceci suppose l'existence d'un seul foyer avec entière évacuation du pus; mais quand il y a plusieurs foyers, plusieurs petites cavernes, le pus n'est pas toujours complétement évacué, il n'est pas également élaboré dans toutes, l'inflammation

(1) Voyez à l'article *Abcès* du premier volume comment on constate cette fluctuation.

Digitized by Google

aussi n'est pas également éteinte partout. Le retrait de la glande est alors incomplet : elle reste même encore assez volumineuse pour déborder de beaucoup les piliers. Ceci doit faire craindre le renouvellement de l'amygdalite.

On est quelquefois obligé d'extirper ces organes qui s'enflamment si souvent. Cette opération peut alors présenter des difficultés; car les glandes, n'ayant pas la solidité de celles qui sont simplement hypertrophiées, se déchirent quand on les saisit avec les pinces ou les érignes.

Pour ouvrir les abcès des amygdales, un bistouri ordinaire suffit: seulement, on enveloppe la lame avec une bandelette de linge qui va jusqu'à six lignes de la pointe. On enfonce trois lignes de la lame dans l'amygdale, en l'attaquant par sa partie antérieure et interne; de cette manière, il est impossible de léser les gros vaisseaux qui sont en dehors des glandes.

Avec l'instrument ainsi enveloppé, on peut ouvrir les abcès formés dans l'épaisseur du voile, de la luette, du pharynx et de la base de la langue.

ARTICLE III.

Ulcérations des amygdales.

Ces ulcérations, le plus souvent vénériennes, sont quelquefois dues à une stomatite ulcéreuse; très rarement elles sont de nature cancéreuse. De jeunes praticiens, peu versés en anatomie, ont quelquefois pris pour des ulcères syphilitiques les ouvertures naturelles de ces glandes, et ont pratiqué des cautérisations qui ont fortement enflammé ces organes et les tissus environnants.

Là, comme sur le col de l'utérus et sur le gland, l'ulcération vénérienne est quelquefois très superficielle. Il semble que la muqueuse est seulement dépolie Quelquefois ce sont des plaques muqueuses comme sur la vulve et à l'anus. L'ulcère est à bords taillés à pic, à fond grisâtre; il présente enfin tous les caractères observés sur les autres muqueuses.

Quelle que soit la nature, la forme de l'ulcère, après avoir employé les moyens qui doivent neutraliser la cause, on en vient ordinairement à la cautérisation. On a employé pour cela le fer chaud. Mais à cette profondeur, il est difficile de l'appliquer convenablement, et comme son action est profonde, étendue, on a craint, en agissant sur les glandes, de déterminer une inflammation qui pour-

Digitized by Google

rait se propager jusqu'au larynx : aussi les autres caustiques ont généralement été préférés ; le plus utile, le plus facile à appliquer, est le nitrate d'argent. On aura soin de choisir un bon porte-caustique; car si le fragment de nitrate d'argent tombait dans le pharynx, il pourrait produire de graves désordres. Le beurre d'antimoine, la potasse liquide, les acides hydrochlorique et sulfurique sont encore employés.

Ces caustiques sont portés sur les glandes à l'aide d'une petite baguette en bois terminée par un pinceau fait avec du linge; ou bien on écrase le bout de la baguette; les fibres ligneuses qui la composent représentent alors une sorte de houppe qui retient le caustique. On trempe cette espèce de pinceau dans le caustique, on le laisse égoutter, on l'introduit dans la bouche sans toucher à ses parois et à la langue, et on l'applique à plusieurs reprises sur l'ulcération.

Immédiatement après la cautérisation, on fait gargariser le malade avec une décoction émolliente ou de l'eau simple.

ARTICLE IV.

Hypertrophie des amygdales.

L'hypertrophie des tonsilles est fréquente. On en accuse ordinairement les inflammations, quand elles se répètent souvent sur ces organes. Il est vrai que des habitudes inflammatoires, en donnant plus d'activité à la circulation d'un organe, en développant ses vaisseaux, peuvent produire l'hypertrophie. Je suis obligé d'exciser très souvent des amygdales à des vénériens qui ont eu des maux de gorge spécifiques qui ont fini, à cause de leur persistance, par développer anormalement les amygdales. Mais on ne remarque pas assez, selon moi, que souvent ces inflammations sont précédées par l'hypertrophie, qui est alors cause et non effet. Ainsi, chez certains enfants scrofuleux, on observe en même temps un développement congénital des lèvres et de la langue; si on pénètre plus profondément, il n'est pas rare de trouver que le mouvement hypertrophique ne s'est pas borné à ces organes, qu'il a aussi développé les amygdales. De pareils sujets sont fréquemment affectés d'angines tonsillaires; car les glandes, étant originairement plus gros es qu'il ne faut, gênent les fonctions du palais, dépassent les piliers, obligent à des efforts qui irritent la gorge; de là, plus de dispositions aux angines, et le développement de ces inflammations pour peu que l'action de

Digitized by Google

l'air soit vif ou qu'une autre cause s'ajoute à celle dont l'individu est naturellement porteur.

Quoi qu'il en soit, le retour fréquent et quelquefois périodique des angines tonsillaires est ordinairement prévenu par une opération pratiquée sur les glandes hypertrophiées, quelle que soit la cause de cette hypertrophie; car ces glandes ainsi développées deviennent des espèces de corps étrangers qui entravent beaucoup de fonctions. En décrivant les symptômes de l'amygdalite, j'ai fait mention de l'altération de la parole, de la difficulté de la déglutition. Ajoutez le besoin de dormir la bouche ouverte et un ronflement qui empêche le sommeil des voisins. Un malade de nos salles avait des amygdales énormes dont il n'était nullement affecté; cependant sa voix, sa parole étaient fortement altérées, et il faisait tant de bruit en dormant que ses camarades, ceux qui étaient dans la même salle, l'obligèrent à se faire extirper les glandes. Dupuytren avait observé que les enfants auxquels on laissait les glandes ainsi hypertrophiées finissaient par avoir une déformation de la poitrine, laquelle s'arrondit en arrière, se rétrécit en avant et s'aplatit sur les côtés. Dupuytren expliquait cette déformation du thorax par les efforts faits par les muscles inspirateurs à cause de l'obstacle que l'air rencontrait à l'isthme du gosier. Cette explication pourrait être remplacée par une autre, car les efforts des muscles en question ne sont pas marqués, et je crois, pour ma part, que la déformation de la poitrine est due à une espèce d'atrophie de cette cage osseuse; en effet, la colonne d'air que laissent passer les amygdales étant considérablement réduite, la poitrine s'habitue à n'élaborer qu'une petite quantité d'air; n'ayant pas besoin pour cela d'une grande capacité, son développement ne s'opère pas, ou bien même cette cavité diminue à mesure que les amygdales se développent, c'est-à-dire à mesure que la colonne d'air qui pénètre dans la poitrine se rétrécit. Je vois avec plaisir qu'un de mes collègues est arrivé de lui-même à la même idée, puisque dans son travail, très postérieur à ma première édition, il n'est nullement question de ce passage.

Digitized by Google

CHAPITRE III.

LÉSIONS ORGANIQUES DES AMYGDALES.

Les véritables lésions organiques, les dégénérescences des tonsilles sont extrêmement rares, ce qui, comme je l'ai déjà dit, est un fort argument contre ceux qui font jouer un grand rôle à l'inflammation dans la production des tissus sans analogue, car rien de plus commun que l'inflammation de ces glandes.

ARTICLE Ier.

Acéphalocystes des amygdales

J'ai observé à l'Hôtel-Dieu de Paris un cas d'acéphalocyste d'une tonsille chez une femme blonde lymphatique, qui avait habité des lieux bas humides. On croyait à une hypertrophie; la glande qui en était le siége était très développée; Dupuytren, voulant en faire l'excision, s'aperçut que dans le segment de glande enlevé était une moitié du kyste, et dès que la glande fut attaquée, il s'écoula dans la bouche un liquide limpide abondant. Dupuytren, éclairé alors sur la nature de l'affection, enleva l'autre moitié du kyste, ce qui fut facile, car il n'était pas très adhérent. La malade eut un érysipèle de la face, puis une douleur dans les reins; Dupuytren diagnostiqua alors un kyste de la même nature dans un rein. La malade mourut, et l'autopsie cadavérique confirma ce diagnostic, qui passe pour un des plus extraordinaires. (*Voyez* mon *Essai historique sur Dupuytren.*)

ARTICLE II.

Cancer des amygdales.

Le cancer des amygdales se montre ordinairement sous la forme encéphaloïde. Mais cette dégénérescence est encore fort rare, car la plupart des auteurs, Boyer entre autres, n'en parlent pas. M. Velpeau dit cependant en avoir observé cinq, c'étaient des encéphaloïdes. J'en ai observé un cas à la clinique de la Charité, en 1838, quand je fus appelé à remplacer ce professeur. M. Masson de Waren a pratiqué l'extirpation d'une amygdale pour un cancer, chez une femme de soixante-cinq ans. Après l'ablation de la glande, il s'écoula une assez grande quantité de sang pour nécessiter l'emploi du cautère

Digitized by Google

actuel. L'opération réussit; mais, cinq mois après, la malade succomba à une péritonite aiguë (1). M. Velpeau a pratiqué l'extirpation d'une amygdale pour un cancer de cette glande chez un cultivateur âgé de soixante-huit ans, qui souffrait de la gorge depuis deux ans. C'était la glande gauche qui était envahie par la dégénérescence. La tumeur, déjà ulcérée, saignante, putrilagineuse, remplissait presque en entier le pharynx, refoulait le voile du palais en avant. La suffocation étant imminente, M. Velpeau se décida à extirper le cancer qui en était la cause. Après avoir découvert la carotide primitive, le chirurgien passa sous ce vaisseau un fil qui servait de ligature d'attente. Cette précaution prise contre l'hémorrhagie, il saisit la tumeur avec une double érigne, près de sa racine, et l'attira, le plus possible, en avant et vers la ligne médiane. Ensuite, un petit couteau courbe sur le plat, à manche fixe, servit à fendre le côté gauche du voile du palais et à déraciner toute la tumeur en agissant de bas en haut et de dedans en dehors.

L'écoulement du sang ayant été peu considérable, M. Velpeau procéda, sans désemparer et par une plaie extérieure nouvelle, à l'enlèvement d'un ganglion lymphatique dégénéré, lequel reposait contre le pharynx au bas de la région parotidienne. La ligature d'attente, devenue inutile, fut enlevée le lendemain de l'opération. La plaie était détergée, lorsque de la diarrhée et des symptômes d'empoisonnement purulent annoncèrent une mort qui eut lieu le dix-septième jour après l'opération. D'après M. Velpeau, l'autopsie a démontré que rien de cancéreux n'avait été laissé ni en dedans ni en dehors du pharynx, et que les gros vaisseaux avaient été respectés. L'examen de tous les organes ne fit découvrir, pour expliquer la mort, qu'une inflammation du gros intestin.

Cette observation et celle déjà citée prouveraient qu'à la rigueur on pourrait tenter l'ablation de l'amygdale pour un cancer. Mais, pour cela, il faut extirper entièrement l'organe et se rapprocher singulièrement de vaisseaux dont la lésion serait presque immédiatement mortelle. Il est vrai que la ligature d'attente proposée par M. Velpeau pourrait prévenir cet accident : aussi, toutes les fois qu'on aura à entreprendre une pareille opération, fera-t-on bien d'imiter ce chirurgien. Dans le cas cité dans l'*American Journal*, on

(1) *The American Journal of the Med. science.* — Voyez aussi *Gazette médicale*, 1827, 2e série.

Digitized by Google

s'en est dispensé. Mais a-t-on réellement extirpé toute la glande? l'observation ne le prouve pas.

Opérations qu'on pratique sur les amygdales.

C'est l'excision qu'on pratique le plus fréquemment; elle est très ancienne, puisqu'elle est formellement indiquée dans Celse, et qu'elle a été pratiquée avant lui. Mais elle n'a été généralement adoptée que depuis les travaux de Moscati, Caqué, Museux et Louis : avant, on cautérisait encore les tonsilles endurcies ou hypertrophiées; on les liait même comme des polypes. Il est évident qu'une cautérisation légère ne réduira jamais assez les glandes pour que les fonctions qu'elles entravent se rétablissent entièrement, et, si on veut, par les caustiques, opérer la destruction de la partie de la glande qui déborde les piliers, on expose le malade à une inflammation qui, se propageant à la glotte, peut donner lieu à de graves accidents. La ligature a les mêmes dangers; elle fait d'ailleurs souffrir le malade plus longtemps. Dans les deux cas, c'est-à-dire quand on cautérise profondément ou quand on la lie, la glande suppure plus ou moins, il y a des parties mortifiées, une sanie irritante ou délétère qui se mêle à la salive, aux mucosités : le tout peut être avalé pendant le sommeil; de là des craintes pour un empoisonnement. Si on ajoute à cela les difficultés de porter convenablement les caustiques et la ligature sur les glandes, on comprendra comment on en est venu à rejeter complétement ces moyens pour adopter l'excision. Il y a une circonstance qui a dû retarder l'adoption générale d'une méthode aussi simple : c'est une fausse interprétation du passage de Celse qui a dit : *Sine sic quidem resolvuntur, hamulo excipere et scalpello excidere*. On a cru qu'il s'agissait de l'extirpation complète des glandes, et comme cette opération est réellement difficile et dangereuse, on a préféré les caustiques et la ligature. Mais *excidere* ne signifie pas extirper, il signifie enlever l'excédant, ce qu'on fait en retranchant la portion des glandes qui déborde les piliers, car, quand il y a simplement hypertrophie, la seule indication est d'enlever ce qui gêne physiquement les fonctions de l'isthme du gosier, ce qui agit comme corps étranger. Si la glande était réellement dégénérée, on devrait au contraire viser à une éradication complète : tout l'organe devrait

Digitized by Google

être enlevé. Sans cela, l'opération ne ferait qu'aggraver et rendre plus prompts les terribles effets de la dégénérescence. Mais la vraie extirpation des amygdales expose à des accidents très graves, à une hémorrhagie qui peut être soudainement mortelle. On en sera convaincu, si on songe que la glande, en dehors, n'est séparée de l'artère carotide interne que par un plan musculeux très mince, le constricteur supérieur du pharynx : aussi a-t-on observé la lésion de cette artère après des opérations pratiquées sur les tonsilles par des hommes inexpérimentés. Béclard cite un semblable accident arrivé à Angers presque sous ses yeux. Un opérateur ambulant et un peu charlatan voulut extirper une amygdale avec un bistouri aigu ; il fut bientôt arrêté par une hémorrhagie qui fit promptement périr le malade. Le charlatan prit la fuite. On put constater par l'autopsie cadavérique la lésion de l'artère carotide interne. Tenon, A. Buns, Barclay, citent des accidents semblables. M. Champion dit qu'une hémorrhagie foudroyante suivit des scarifications qu'on venait de pratiquer sur les amygdales d'une femme que le chirurgien cité trouva morte quand il arriva auprès d'elle.

Ces faits prouvent, et surtout le dernier, que les opérations pratiquées sur les tonsilles ne doivent pas être pratiquées inconsidérément et livrées à des mains inhabiles. L'excision simple de ces glandes peut présenter de grandes difficultés. Je me rappellerai toujours ce fait : un jeune homme désirait faire enlever ses amygdales, bien grosses, bien gênantes, et qui lui occasionnaient au moins deux angines par an. Il me supplia de l'opérer chez moi pour cacher cet événement à sa mère, dont il voulait ménager la vive sensibilité. Ce sujet avait été scrofuleux ; il avait une langue énorme et une bouche d'une profondeur considérable. Les glandes furent difficiles à saisir, encore plus difficiles à couper, car elles avaient un noyau dur que le bistouri divisa péniblement. Après l'opération, qui fut longue et douloureuse, l'opéré prit une voiture et se rendit chez lui. Là, après un repos d'une heure, survint une hémorrhagie abondante ; le sang était rutilant. Je fus mandé pour comparaître devant la mère éplorée et le médecin ordinaire. J'avoue que mes craintes furent grandes, car le sang coulait toujours plus abondamment, et l'opéré pâlissait toujours plus. J'ordonnai le plus grand silence, la plus grande immobilité, et je fis introduire dans la bouche des fragments de glace qu'on renouvelait dès qu'ils étaient fondus. Ce réfrigérant calma un instant l'hémorrhagie, qui se renouvela dans la nuit,

Digitized by Google

puis le lendemain encore, car la glace avait été négligée; je la fis administrer avec plus de soin, et le soir il ne coula plus de sang.

Il paraît que cette hémorrhagie était due à une artériole développée par le mouvement d'hypertrophie qui avait dû être très énergique, car les glandes de ce jeune homme avaient un volume considérable, ou parce qu'un peu du voile du palais avait été entamé. J'aurais pu dans ce cas cautériser ou employer l'alun en poudre ou les autres astringents. Je m'arrêtai à l'usage de la glace, qui fatigue moins le malade et qui n'oblige pas à des mouvements, à des attouchements, lesquels peuvent empêcher la formation du caillot.

Si ces moyens ne suffisaient pas, et même si d'abord l'hémorrhagie était assez forte pour ne point laisser de doute sur la lésion d'une grosse artère, on devrait découvrir la carotide pour en faire immédiatement la ligature. L'excision étant l'opération généralement adoptée, c'est elle que je décrirai avec détail. Quant à l'*extirpation*, je l'ai décrite en citant l'opération pratiquée par M. Velpeau dans un cas d'amygdale cancéreuse.

I. EXCISION DES AMYGDALES.

Avant d'en venir à l'extrême simplicité du procédé d'excision le plus généralement employé, on a dû passer par bien des complications. Pour exécuter cette opération, il faut : 1° tenir la bouche ouverte et la langue abaissée; 2° saisir la glande et la fixer; 3° la diviser.

En passant en revue ces trois temps principaux de l'opération, je pourrai indiquer la plupart des moyens imaginés pour les exécuter.

1° *Tenir la bouche ouverte et abaisser la langue.* Pour cela ont été imaginés les *glossocatoches* et plus d'un *spéculum*. Caqué employait un chevalet dont le manche en S tirait la commissure labiale en arrière et tenait les mâchoires écartées. Les modernes ont imaginé une infinité d'instruments qui peuvent se réduire à une plaque d'argent qu'on applique sur la langue, à un manche un peu plus abaissé formant coude avec la plaque. Ces instruments d'ailleurs peuvent être très bien remplacés par une spatule ou le manche d'une cuiller qui abaissent la langue, et un coin de liége qui tient les mâchoires écartées. A la rigueur même, on peut se contenter de pinces destinées à saisir les amygdales pour maintenir la langue; la crainte d'être coupé est suffisante pour empêcher le sujet de fermer la bouche, et les tractions sur l'amygdale l'empêchent en

Digitized by Google

core plus. Aujourd'hui je me contente d'une spatule qui me sert à abaisser la base de la langue pour bien découvrir l'amygdale; une fois que celle-ci est saisie, je dépose la spatule.

2° *Saisir la glande et la fixer.* On ne songe plus maintenant à la ligature préalable de Wiseman. On est à rechercher si une érigne simple ou double doit être préférée à une pince se terminant par des crochets comme celle de Museux. Il est certain que l'érigne simple est facile à manier, peu embarrassante dans la bouche; on la dégage assez facilement si la toux et les efforts de vomissement l'exigent : mais, ne saisissant la glande que par un point, elle ne la fixe pas toujours bien, et si celle-ci est friable, si au lieu d'être pleine, elle est creusée de petits foyers, de petites cavernes comme celles dont j'ai parlé en décrivant les abcès de cet organe, elle est déchirée ou mal fixée, il faut la saisir de nouveau, et toujours alors son excision est plus difficile. La pince-érigne, l'érigne à trois pointes de M. Marjolin saisissent la glande par plusieurs points, la fixent convenablement; mais ces instruments gênent dans la bouche. Cependant la première était presque toujours employée par Dupuytren, car elle peut plus facilement être dégagée que l'érigne de M. Marjolin, si on est obligé d'interrompre l'opération. Au lieu d'une érigne simple comme celle de Louis, Desault et Boyer se servaient d'une érigne double, qui fixe mieux la glande. Je ne me sers plus que de ce double crochet (voyez fig 16, demi-grandeur réelle). Il a l'avantage de laisser une grande liberté dans la bouche. En saisissant la glande bien en arrière, il la montre en entier en avant, et le dernier temps de l'opération est parfaitement distinct. Le temps qui consiste à saisir la glande, à bien la dégager de ses piliers, à la porter en avant vers la base de la langue, ce temps est très important; c'est surtout de lui que dépend le succès de l'opération.

Fig. 16.

3° *Diviser la glande.* Le bistouri est toujours préférable pour un chirurgien qui a l'habitude des opérations. Pour les praticiens timides ou peu exercés, de forts ciseaux courbes sur le plat conviendraient peut-être mieux; ils pourraient être remplacés par ceux de M. J. Cloquet, qui se terminent par deux demi-lunes se regardant par deux bords concaves et tranchants. La glande, enfermée dans

Digitized by Google

l'ellipse formée par ces deux bords, est bientôt retranchée, pour peu qu'on presse sur les anneaux. La glande peut aussi être entourée par une autre lunette en métal devant laquelle passe une espèce de guillotine qui retranche d'un coup la glande. Les fig. 17 et 18 représen-

Fig. 17.

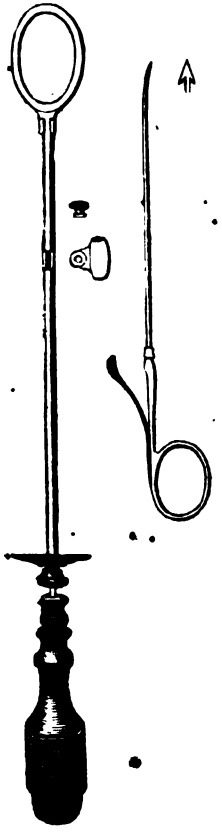


Fig. 18.

tent le sécateur de Fahnestock, qui est construit sur ce principe. Il est représenté tel qu'il a été modifié par M. Velpeau. C'est une canule qui est terminée en haut par un anneau elliptique. Mais dans cette canule est une tige qui elle-même se termine par un anneau elliptique dont le bord concentrique est tranchant; cet anneau est reçu dans une fente du premier anneau, qui est ainsi dédoublé. On voit, fig. 18, l'anneau tranchant et les deux lames du premier anneau; le tranchant correspond à la tige qui se termine par le manche, lequel

Digitized by Google

est tiré vers l'opérateur; cet anneau tranchant, entraîné vers le manche, coupe l'amygdale par sa moitié supérieure. Mais il faut que l'amygdale sorte bien de ses piliers pour être convenablement retranchée; c'est pour cela qu'on la pique avec la broche qui est fixée au corps de l'instrument; le pouce appuie sur elle, pour que, en basculant, elle puisse faire ressortir l'amygdale. La fig. 17 *a* représente la broche séparée du corps de l'instrument; la même figure *b* représente l'instrument avec les anneaux parallèles de manière qu'on en voit qu'un : c'est dans cet anneau qu'on engage d'abord la glande. Les anneaux ont été diversement inclinés; la broche a été terminée par une pique simple ou en fourchette. Cet instrument, si on se le rend familier, peut être utile; mais on comprend qu'une amygdale trop grosse, trop petite, trop enfoncée dans la gorge, que toutes ces circonstances peuvent lui nuire.

Fig. 19.

Le vrai chirurgien préférera toujours le bistouri à lame étroite et boutonnée, ou pour mieux dire *déboutonnée*, c'est-à-dire se terminant comme une jambette. On peut se servir du bistouri de M. Blandin (fig. 19, grandeur réelle). C'est une tige en fer montée sur un manche sur lequel elle peut être fixée. La partie la plus voisine du manche est mousse; l'autre partie est tranchante sur un bord et en jambette à l'extrémité. On peut diversement courber la lame.

Faut-il attaquer la glande de haut en bas ou de bas en haut? En l'attaquant de haut en bas, si on ne termine pas rapidement la section et qu'on soit obligé d'interrompre l'opération, le lambeau détaché peut tomber sur la glotte et produire la suffocation; on s'expose aussi à blesser la langue. Louis exagérait cet accident; il a donné pour précepte de couper la glande en incisant de bas en haut. Mais alors s'est présenté un autre inconvénient, savoir, la lésion du voile du palais. Pour tout concilier, M. Marjolin et Boyer ont conseillé d'imiter Richter, de couper la glande d'abord de haut en bas, puis de bas en haut. On comprend parfaitement qu'un chirurgien un peu habile ne s'arrêtera pas en chemin : quand il aura coupé la moitié de la glande de bas en haut, il lui sera facile de continuer la division dans le même sens en y mettant un peu de célérité. Il est cependant des glandes

Digitized by Google

très volumineuses qu'il est plus prudent d'exciser par les deux incisions conseillées par Boyer. Je me rappelle que dans un pareil cas, après avoir commencé l'incision de bas en haut, je fus arrêté par une résistance assez considérable; j'attaquai alors la glande en sens contraire, et la division fut plus facile. D'ailleurs, si on a été obligé de retirer les instruments après avoir taillé un lambeau de l'amygdale et que ce lambeau tombe sur la glotte, il faut porter vivement les doigts dans la bouche, le saisir et l'arracher; on pourrait aussi, pour effectuer cet arrachement, employer les pinces à polypes.

Voici d'ailleurs le manuel opératoire : le malade est assis et a la bouche ouverte comme pour la staphyloraphie. Un bouchon est placé verticalement entre les deux mâchoires pour les tenir écartées; on le pousse aussi profondément que possible. J'ai déjà dit que je négligeais ce moyen. La langue est abaissée et tenue ainsi par un aide au moyen d'une spatule; avec la pince de Museux, ou mieux avec l'érigne double tenue de la main gauche pour le côté gauche, et *vice versâ*; on saisit la glande vers sa partie inférieure et très en arrière; on la tire en avant vers la ligne médiane, on la dégage autant que possible des piliers. Alors un bistouri mousse est conduit entre la langue et les pinces; son tranchant, dirigé en haut, coupe la glande en suivant une ligne courbe qui commencerait à la base de la langue et se terminerait à la luette. Cette section doit être opérée par des mouvements rapides de scie. L'excision étant faite, les deux instruments sont retirés ensemble, l'érigne emportant le segment de la glande. On s'empresse d'enlever le bouchon, si on l'a employé, de faire cracher le malade et de lui donner de l'oxycrat pour gargarisme. S'il y a deux glandes à enlever, on accorde quelques minutes de repos au malade, puis on procède à l'excision de la seconde glande en suivant le même procédé; mais les instruments changeront de main. On pourrait renvoyer à plusieurs jours la seconde opération; mais les malades préfèrent, en général, en finir dans la même séance.

J'ai vu après cette opération, pratiquée sur une jeune demoiselle de dix-sept ans, survenir une très vive douleur des oreilles qui ne pouvait être calmée que par un mouchoir chauffé et appliqué un peu fort par les mains de la mère sur chaque oreille. Cette douleur alla bientôt en diminuant, et le soir il n'en était plus question.

Digitized by Google

SECTION DIX-SEPTIÈME.

MALADIES DU PHARYNX.

Le pharynx, vestibule des voies digestives et aérifères, ayant des rapports avec les organes du goût, de l'olfaction et touchant aux glandes salivaires, le pharynx participe plus ou moins aux maladies de ces divers appareils organiques. Il doit donc y avoir beaucoup d'analogie entre ses affections et celles de ces appareils ; de là des difficultés dans le diagnostic que je chercherai à lever autant que possible.

CHAPITRE PREMIER.

LÉSIONS PHYSIQUES DU PHARYNX.

Ces lésions ne consistent ici qu'en plaies et corps étrangers.

ARTICLE Ier.

Plaies du pharynx.

Les plaies du pharynx sont ordinairement observées dans des cas de suicide. Le corps vulnérant peut agir de dedans en dehors et attaquer d'abord la muqueuse, ou de dehors en dedans et léser d'abord la peau. Dans le premier cas, ce sont ordinairement des armes à feu qui produisent les dégâts; dans le second, ce sont des instruments tranchants. Ce n'est pas précisément la blessure du pharynx qui rend le pronostic grave, mais bien la lésion des organes qui le touchent de près. Ainsi, si une balle est dirigée vers la voûte du pharynx, elle peut pénétrer dans le cerveau ; si elle va directement en arrière, c'est la lésion de la moelle épinière qui est à craindre; sur les côtés, elle pourrait atteindre les carotides. Ces vaisseaux sont plutôt lésés par des instruments piquants ou tranchants. En décrivant l'excision des amygdales, j'ai signalé des cas de blessures de l'artère carotide interne par le bistouri mal dirigé.

Dans toute blessure du pharynx, il y a des difficultés dans la déglutition; la toux, le vomissement, augmentent la douleur ; de plus, il y a passage des matières vomies et de l'air par la plaie, si elle communique avec l'extérieur.

Le malade s'abstiendra d'abord de tout aliment, et on se servira

Digitized by Google

de la sonde œsophagienne quand il faudra le nourrir un peu ou le désaltérer. Si la plaie va de dehors en dedans, comme celle qui est le résultat d'un suicide par un instrument tranchant, on tentera la réunion immédiate; on fera incliner la tête en avant, pour rapprocher les lèvres de la plaie, que l'on fixera avec des bandelettes agglutinatives ou mieux avec quelques points de suture.

ARTICLE II.

Corps étrangers dans le pharynx.

Les corps étrangers observés dans cette cavité sont ordinairement mêlés au bol alimentaire au moment de la déglutition. Ce sont des fragments d'os, des arêtes de poisson, etc.; quelquefois ce sont des corps introduits volontairement dans le pharynx par jonglerie ou bien dans un accès de manie : ce sont alors des cuillers, des fourchettes, des pièces d'argent, etc. M. Bard a cité le cas d'un aliéné qui fut asphyxié par une éponge arrêtée à la partie supérieure du pharynx. Les mucosités et la salive gonflèrent ce corps étranger, qui dut oblitérer la glotte. Il est rare d'ailleurs que les corps étrangers s'arrêtent au pharynx; il faut pour cela qu'ils soient très volumineux ou bien qu'ils soient aigus comme des arêtes de poisson; alors, dans le plus grand nombre des cas, il est facile de constater leur présence et de les extraire. Les corps étrangers sont plus souvent rencontrés dans l'œsophage.

On prévoit les accidents que doit produire un corps étranger du larynx : toujours il y aura gêne, douleur pendant la déglutition, pendant la toux, on observera enfin les symptômes produits par l'action physique des amygdales ayant acquis un trop grand développement dû à l'inflammation ou à l'hypertrophie. Ces symptômes ont déjà été décrits. Quand le corps étranger est très volumineux ou qu'il occupe le bas-fond du pharynx, la suffocation est à craindre, car la glotte est directement comprimée. C'est alors que la laryngotomie peut devenir nécessaire. Quand le corps étranger est peu volumineux et piquant, il s'implante sur un point des parois du pharynx et l'enflame quelquefois de manière à produire un des abcès que j'étudierai bientôt.

Digitized by Google

CHAPITRE II.

LÉSIONS VITALES DU PHARYNX.

Ce sont des névroses, des inflammations, des abcès et des ulcérations, lésions sur lesquelles je n'ai pas à m'étendre longuement; car la médecine proprement dite intervient ici plus souvent que la chirurgie.

ARTICLE Ier.

Névroses du pharynx.

Le pharynx est quelquefois pris d'une espèce de constriction spasmodique qui est le plus souvent due à des affections de tout le système nerveux ou de quelque partie de l'encéphale. On observe cet état convulsif dans l'hystérie et surtout dans la rage. On l'a remarqué aussi dans certaines angines pharyngées. Quelquefois cet état nerveux est le premier symptôme du tétanos. Les acides concentrés, qui agissent d'abord sur la muqueuse du pharynx, produisent cet effet. L'arsenic détermine surtout une constriction du pharynx très marquée : une seule parcelle de ce poison déposée sur la langue donne lieu à ce phénomène.

La paralysie du pharynx est peu fréquente; elle annonce une lésion profonde de l'encéphale, et elle entrave une des fonctions les plus importantes, la déglutition. La chirurgie proprement dite est impuissante pour détruire les causes des névroses du pharynx. C'est au médecin à diriger ses moyens sur tout le système nerveux ou sur les centres qui sont principalement affectés. Le chirurgien est ordinairement appelé pour qu'avec la sonde œsophagienne il introduise quelques bouillons, quelques tisanes dans l'estomac, quand la déglutition est devenue tout-à-fait impossible.

ARTICLE II.

Inflammations du pharynx.

Les inflammations du pharynx constituent des espèces d'angines qui sont décrites par les médecins. Ici, je dois dire quelques mots du diagnostic différentiel de l'espèce d'angine qui gît dans le pharynx comparée à l'œsophagite. Dans l'œsophagite, la douleur se fait sentir sur un des points compris entre le cartilage cricoïde et la neuvième vertèbre dorsale. Quand elle siège au cou, on l'augmente

Digitized by Google

en pressant derrière la trachée-artère. La chaleur éprouvée par le malade est plus considérable dans l'angine œsophagienne; il se plaint d'un sentiment de brûlure quand il avale; la régurgitation est ici plus fréquente, mais elle arrive nécessairement plus tard que dans la pharyngite; elle est suivie, dans l'œsophagite, d'une émission considérable de mucosités. Dans cette angine, il n'y a presque jamais de toux, la voix n'est nullement modifiée; dans la pharyngite, ces symptômes ne sont pas essentiels, mais ils se présentent plus souvent : le timbre de la voix surtout change presque toujours. L'angine de l'œsophage est plus grave que l'angine pharyngienne.

La déglutition est plus douloureuse que difficile dans l'angine de la portion supérieure du pharynx. Il peut se faire qu'ici la muqueuse reste sèche pendant tout le cours de la maladie; ces caractères, pour le dire en passant, la distinguent de l'angine gutturale. Dans l'angine de la portion inférieure du pharynx, il y a douleur et difficulté en avalant. Celle-ci se fait sentir au niveau du cartilage thyroïde, tandis que la douleur de l'angine supérieure a lieu plus haut, au-devant des premières vertèbres cervicales.

Dans l'angine pharyngienne inférieure, le bol alimentaire semble s'arrêter un instant au niveau du larynx; ce qui n'a pas lieu dans l'autre. L'expuition dans celle-ci est laborieuse, à cause du desséchement de la muqueuse; on voit parfois sur cette membrane des portions de mucus grisâtre, qui adhèrent fortement, et qui ont été pris pour des ulcères syphilitiques (1).

ARTICLE III.

Abcès du pharynx.

Les abcès du pharynx se développent ordinairement dans les parois de cette cavité, ou sur les parois antérieures, postérieures, latérales. Ils sont graves même quand ils sont peu volumineux et qu'ils proviennent de l'inflammation du tissu cellulaire qui entre dans la composition de ces parois. Mais quand le pus a sa source du côté du crâne, du côté de la colonne vertébrale, alors l'abcès emprunte une gravité encore plus grande et de la lésion des os, lésion toujours profonde, et de l'affection consécutive des centres nerveux que ces

(1) Voyez ma thèse de concours : *Diagnostic différentiel des diverses espèces d'angines.* — Valleix, *Guide du Médecin pratic en*, Paris, 1843, t. I et II.

Digitized by Google

os abritent. Ainsi, les abcès qui sont la suite des tumeurs blanches des articulations des premières vertèbres du cou, ces abcès sont extrêmement graves

S'il est vrai que, dans le plus grand nombre des cas, les abcès du pharynx sont peu volumineux, il est certain aussi qu'il peut en survenir d'un volume énorme. M. Priou, médecin de Nantes, a lu en 1830, à l'Académie de médecine de Paris, une observation très remarquable sous ce rapport. Le sujet était un homme de trente-six ans, venant d'avoir un érysipèle qui disparut spontanément. Le cou était très gonflé, il y avait de l'oppression, la suffocation devint imminente. C'est alors, dit M. Priou, que le doigt porté le plus profondément possible dans le gosier fit reconnaître de la fluctuation dans les parois du pharynx. Une lancette est dirigée sur le point présumé de l'abcès, mais elle est constamment repoussée par la langue.... Le lendemain, M. Priou se servit du pharyngotome; à peine les parois du foyer purulent furent-elles ouvertes qu'une quantité prodigieuse de pus de *bonne nature* fut rendue par la bouche et le nez. La première portion, dit M. Priou, pouvait être évaluée à un demi-litre. Le lendemain, il fallut revenir à une nouvelle ponction. Il sortit encore une grande quantité d'humeur; mais alors elle fut couleur lie de vin rouge, d'une odeur très fétide et d'une saveur très désagréable. La même ponction est répétée encore trois fois, et le vingt-cinquième jour de la maladie, le malade est guéri (*Gazette médicale*, 1830, tome I, page 30). Il est probable qu'ici l'abcès était dû à une inflammation du tissu cellulaire profond du cou, de celui qui entoure le pharynx, car si les os voisins avaient été affectés, la terminaison n'aurait été ni aussi prompte ni aussi heureuse.

Les abcès du pharynx s'ouvrent ordinairement du côté de la muqueuse, rarement du côté de la peau.

On ne doit pas attendre cette ouverture spontanée; il faut, dès qu'on a constaté la présence du pus, l'évacuer, en suivant le procédé indiqué pour l'ouverture des abcès des amygdales.

Voici une analyse d'un travail de M. Rodrigues, que j'ajoute à ce que j'avais dit dans ma première édition, pour compléter autant que possible cet article. Je l'emprunte au journal des *Connaissances médico-chirurgicales* (octobre 1845).

M. H. Rodrigues admet trois espèces d'abcès du larynx : dans l'une, le pus se forme sur les parties latérales du conduit; dans la seconde, il occupe la paroi antérieure; dans la troisième, la paroi postérieure. Partout ils sont

Digitized by Google

idiopathiques ou phlegmoneux, symptomatiques d'affections vertébrales, ou consécutifs d'ulcères, de dégénérescences, de corps étrangers, de poisons corrosifs, de brûlure, de scarlatine, de variole, de rhumatismes, etc., etc. La suppuration du pharynx, abcès de la paroi antérieure, a été observée par Hippocrate.

Première observation. Un homme de trente-cinq ans entre en 1845 à l'hôpital Saint-Éloi pour une tumeur blanche ulcérée du genou. Un régime analeptique, des cautères autour de l'articulation malade, amenèrent en trois semaines un peu de mieux. On se disposait à appliquer des raies de feu, lorsqu'il survint une fièvre grave. La voix devient rauque, s'éteint par moments; la déglutition est difficile, ne peut s'effectuer que dans la position assise, le corps fortement incliné en avant. Bientôt le malade succombe. Autopsie. La muqueuse du pharynx et celle du larynx sont rouges; elles sont écartées, donnent sous le doigt la sensation d'une fluctuation manifeste; une incision laisse échapper un pus mal lié, couleur chocolat.

Deuxième observation. Le 20 prairial an..., un cordonnier entre à la Charité pour une fièvre adynamique. Guéri, il prend son exeat pour rentrer bientôt et mourir quelques jours plus tard, après avoir présenté les symptômes suivants : respiration embarrassée, toux forte et fréquente, voix rauque et éteinte; sentiment d'un corps étranger qui monte et qui descend; déglutition difficile, inspiration laborieuse, orthopnée, figure livide, hébétude, désespoir furieux; mort. Autopsie. Abcès entre la muqueuse du larynx et du pharynx, depuis les cartilages aryténoïdes jusqu'au cartilage cricoïde.

Troisième observation. Un étudiant, rétabli d'une fièvre typhoïde, sort par un temps pluvieux. Sa voix devient rauque, la déglutition difficile, la respiration gênée, douloureuse, et bientôt des menaces de suffocation engagent Béclard à pratiquer la trachéotomie. L'opération est sans avantages; le malade meurt. A l'ouverture du cadavre, on reconnaît une infiltration purulente dans la paroi antérieure du pharynx.

Les trois autres cas cités se rapportent à de jeunes sujets atteints primitivement de rhumatisme aigu, de pleuro-pneumonie, de variole confluente.

Déductions. Ces abcès ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire au premier aperçu; ils sont parfois la terminaison d'une affection aiguë.

Ils passent inaperçus quelquefois; les altérations voisines absorbent toute l'attention de l'observateur; on les confond avec l'œdème de la glotte, ce qui conduit *in extremis* à la trachéotomie. Dans le doute, lorsqu'on explore l'ouverture du larynx avec le doigt, il convient de pousser l'investigation plus bas en arrière, et, l'abcès reconnu, d'inciser la paroi antérieure du pharynx au lieu de scarifier les lèvres de la glotte. (Est-ce bien possible ?)

Leurs symptômes les plus constants sont la raucité ou l'extinction de la voix, la gêne de la déglutition, surtout dans la position couchée, la difficulté de respirer, la menace de suffocation.

Abcès des parois latérales. Ces abcès, comme les précédents, sont idiopathiques ou phlegmoneux, sont le terme d'une inflammation de la muqueuse pharyngienne; mais ils ont ordinairement pour cause l'implantation d'un

Digitized by Google

corps étranger : une aiguille, une épingle, un fragment d'os, une arête ou la carie du temporal (Velpeau). Les symptômes qui les traduisent sont de vives douleurs, l'enrouement, la gêne, la difficulté d'avaler, de respirer, les accès de toux, et la langue portée en avant dépasse les dents incisives. Tout cela est confirmé par les cinq ou six observations que présente l'auteur.

Abcès de la paroi postérieure. Quelle qu'en soit la cause, l'inflammation du pharynx est susceptible de terminaison par suppuration, et c'est communément à la paroi postérieure que a collection purulente s'établit. Les observations que l'auteur relate dans ce dernier chapitre sont très nombreuses et fort intéressantes. Il en a rapporté autant, afin de montrer les principaux caractères de ces abcès et d'en assigner les causes. Le pus peut être circonscrit ou diffus, situé très haut, au niveau de la glotte ou au bas du pharynx, sur les différentes régions de cet organe, ce qui apporte des modifications dans les accidents éprouvés par le malade. Le pus une fois formé dans la paroi postérieure peut se porter en bas jusque dans la poitrine, sur les côtés, de manière à tourner tout le conduit jusqu'au larynx ; il est arrêté en haut par les aponévroses pétro et occipito-pharyngiennes ; en avant, il trouve un obstacle, qui n'est pas toujours infranchissable, dans les plans profonds de l'aponévrose cervicale. La présence du pus reconnue, l'indication est d'ouvrir l'abcès par la bouche. Le bistouri droit garni jusqu'à la pointe convient pour cette opération. Après l'incision, la fièvre et tous les accidents diminuent, si l'abcès n'est pas entretenu par un vice local ou général ; les gargarismes suffisent alors pour déterger le foyer et amener une guérison prompte.

CHAPITRE III.

LÉSIONS ORGANIQUES DU PHARYNX.

Les lésions organiques du pharynx le plus souvent observées sont les polypes et le cancer.

ARTICLE Ier.

Polypes du Pharynx.

De ce qu'un polype se montre dans le pharynx, ce n'est pas à dire pour cela qu'il appartienne à cette cavité. Beaucoup viennent des fosses nasales ; il en est même qui, nés dans les sinus frontaux, ont traversé les fosses nasales pour venir paraître dans le pharynx. On en a vu qui avaient le pédicule implanté sur l'œsophage.

Les vrais polypes du pharynx sont le plus souvent de mauvaise nature : tantôt leur racine est implantée sur les côtés de l'ouverture postérieure des fosses nasales, au bord de la voûte palatine ou au voile du palais ; tantôt c'est la base du crâne, la paroi postérieure,

Digitized by Google

les parois latérales du pharynx qui leur donnent naissance. Le polype a quelquefois une double racine. On en a vu qui avaient une racine sur l'apophyse basilaire et l'autre sur le corps des premières vertèbres du cou. Il arrive que les polypes s'élèvent de la partie inférieure du pharynx ; c'est alors quelquefois la paroi postérieure du larynx qui leur donne naissance. Selon que les polypes du pharynx se montrent à la partie supérieure ou à la partie inférieure de cette cavité, ils présentent des différences symptomatologiques. Les polypes de la partie supérieure du pharynx donnent lieu à des symptômes déjà décrits, en parlant des polypes du nez, de ceux qui marchent vers le pharynx et font saillie dans cette cavité; ces symptômes sont : 1° la gêne de la déglutition, due soit à ce que la tumeur, reposant sur le voile du palais, diminue l'espace traversé par les aliments, soit à ce que le polype par son volume empêche le pharynx d'embrasser exactement le voile du palais, d'où résulte encore une autre conséquence, savoir, le retour par les fosses nasales d'une partie des liquides qui traversent l'isthme du gosier; 2° la gêne de la respiration, obligée de se faire en grande partie par la bouche; 3° l'altération de la voix.

L'examen de la gorge montre une dépression du voile du palais vers la langue, une tumeur entre les deux piliers du voile. Quand le polype est très développé, surviennent des envies de vomir ou des efforts de vomissement; il y a menace de suffocation, surtout quand la tumeur ferme l'orifice du larynx ; déplacement de la langue, qui peut être chassée en partie de la bouche ; impossibilité plus ou moins absolue de prendre des aliments même liquides.

Les symptômes du polype qui occupe la partie inférieure du pharynx ne diffèrent pas beaucoup des précédents; seulement, la tumeur ne peut être constatée par la vue; si on la voit, ce n'est que dans certains moments, quand des efforts de toux ou de vomissement la font remonter jusque dans la bouche ; pendant le repos des organes, elle descend dans l'œsophage. C'est surtout la gêne de la déglutition et celle de la respiration qui sont marquées quand la tumeur occupe le bas-fond du pharynx ; il y a même une toux habituelle si le polype irrite l'ouverture du larynx. Le siége de la tumeur qui se dérobe à la vue, et qui même peut ne pas être atteint par le toucher, rend son diagnostic plus difficile.

Je ne décrirai pas ici les altérations générales qui finissent par ruiner l'organisme quand le polype du pharynx est de mauvaise

Digitized by Google

nature et qu'il est abandonné à lui-même; car, dans tous les cas, le malade meurt de faim ou par suffocation avant que la diathèse soit très avancée.

Le pronostic de cette maladie est des plus graves, si la chirurgie ne vient au secours du malade : cependant il y a un exemple dans la science d'une guérison spontanée, c'est le cas rapporté par M. Vimont : le polype fut arraché et rejeté par un effort de vomissement. C'est un fait trop isolé pour nous permettre de fonder quelque espoir sur de pareils efforts de la nature.

L'arrachement serait imprudent, surtout si le polype siégeait au bas-fond du pharynx, car avec le polype on entraînerait l'œsophage et quelquefois le larynx. L'excision ne serait guère méthodique, car presque jamais il n'y aurait possibilité de conduire le bistouri ou les ciseaux directement sur le pédicule du polype. Il ne faut pas penser aux absorbants, et on doit craindre les caustiques : les premiers n'auraient aucun effet, les seconds seraient d'une application difficile et très dangereuse. J'ai dit que le pharynx était le vestibule des voies respiratoires : or, la glotte est là, et son œdème donne lieu à des accidents de suffocation le plus souvent mortels ; ces accidents seront surtout à redouter quand l'insertion du polype sera inférieure. Reste la ligature : elle est ici fort difficile, et on ne la tente avec quelque espoir de succès que quand la tumeur prend racine dans le voisinage du voile du palais, sur la paroi postérieure du pharynx ou vers la base du crâne ; c'est alors que les instruments faits sur le modèle d'une fourchette, décrits à l'article *Polype des fosses nasales*, t. III, p. 623, c'est alors, dis-je, que ces instruments sont surtout applicables. Quelquefois les canules de Desault, celles de Levret atteignent le même but. Joignez aux difficultés d'exécution de la ligature, les dangers de ses effets, qui sont la mortification d'une tumeur dans le fond de la gorge avec écoulement de sanie, laquelle est souvent avalée, et vous aurez une idée de la gravité des polypes du pharynx.

ARTICLE II.

Cancer du pharynx.

Le cancer du pharynx débute d'une manière très obscure : c'est une gêne dans le gosier, une légère difficulté dans la déglutition, attribués pendant fort longtemps à diverses causes. Cependant ces symptômes augmentent de jour en jour; des douleurs lancinantes

Digitized by Google

ou une sorte de fourmillement se font sentir dans la gorge ; la déglutition devient vraiment difficile, douloureuse ; les boissons refluent souvent dans les fosses nasales, et sortent par le nez au moment de la déglutition.

L'examen du pharynx offre des lésions en rapport avec le degré de la maladie. A l'origine, c'est une tuméfaction mal circonscrite, plus ou moins étendue ; on peut la toucher, la comprimer même sans donner lieu à la plus légère douleur, à moins d'une complication inflammatoire. Avec le temps, la maladie gagne peu à peu la plus grande partie du pharynx, envahit le voile du palais, les orifices postérieurs des fosses nasales, et l'ulcère a lieu. Il est ordinairement rougeâtre, à bords inégaux, durs et élevés ; il est parfois blafard ou blanchâtre, avec bords arrondis ou renversés, comme dans la plupart des cancers du sein. Alors les douleurs lancinantes sont très prononcées ; de nombreuses végétations s'élèvent de la surface ulcérée et représentent assez souvent le chou-fleur ; elles obstruent la cavité du pharynx lorsqu'elles sont très volumineuses, ou s'appliquent contre les orifices postérieurs des fosses nasales, et le passage de l'air par le nez est entravé. Les ganglions cervicaux sont quelquefois tuméfiés, engorgés, et participent à la dégénérescence ; la voix s'altère tôt ou tard ; presque toujours elle finit par s'éteindre. Enfin, au dernier terme du mal, les malades rendent, comme on le dit, par *excréation*, une matière d'une grande fétidité, formée du mélange de la salive avec l'espèce de putrilage qui provient de la surface ulcéreuse. Les symptômes généraux ressemblent à ceux des autres maladies cancéreuses externes. Presque tous les malades parviennent au dernier degré de marasme et s'éteignent sans agonie ; on en a vu mourir subitement quand on leur aurait encore accordé quelques mois de vie. Il en est qui mourraient réellement de faim, si le chirurgien ne venait à leur secours, et ne faisait parvenir dans leur estomac du lait, du bouillon et d'autres liquides avec une sonde introduite dans l'œsophage par la bouche ou par les fosses nasales. C'est le seul moyen de prolonger un peu l'existence dans une maladie qui est et qui sera toujours vraisemblablement au-dessus des ressources de la médecine, et contre laquelle la chirurgie est même impuissante : car qui oserait entreprendre une opération dans un cas de cancer du pharynx ? Il ne faudrait pas confondre le premier degré du cancer du pharynx, l'état squirrheux, avec des gonflements œdémateux et quelquefois fort endurcis du pha-

Digitized by Google

rynx qui sont des symptômes tardifs de la syphilis. Cette confusion pourrait conduire à un pronostic qui compromettrait la réputation du chirurgien et les jours du malade. J'ai déjà traité avec succès plusieurs cas d'endurcissements blancs de la paroi postérieure du pharynx avec le même état des piliers postérieurs. Chez un malade qui est encore dans mes salles, la tuméfaction de ces parties était si considérable, que la déglutition et la respiration étaient presque impossibles. Ce malade suffoquait et dépérissait. Ici l'iodure de potassium a produit un effet d'une promptitude et d'une efficacité remarquables. En quatre jours le malade a pu avaler et respirer; puis peu à peu la tuméfaction a presque entièrement disparu.

On a employé pour calmer les douleurs du cancer pharyngien des gargarismes narcotiques dans lesquels on fait entrer particulièrement l'opium et l'acétate de plomb. On a recours aux astringents s'il survient des hémorrhagies, ce qui ne les arrête pas toujours et ce qui ne prévient jamais leur retour.

SECTION DIX-HUITIÈME.

MALADIES DE LA GLANDE PAROTIDE ET DE SON CONDUIT EXCRÉTEUR.

CHAPITRE PREMIER.

LÉSIONS PHYSIQUES DE LA GLANDE PAROTIDE ET DE SON CONDUIT EXCRÉTEUR.

ARTICLE Ier.

Plaies.

Ces plaies méritent une grande attention, car elles peuvent être suivies d'une cicatrice difforme ou d'une fistule; et comme, sur la face, de pareilles infirmités sont très fâcheuses et très choquantes, on doit mettre un soin particulier dans l'emploi des moyens de réunion. Si les plaies de la glande parotide sont profondes, il se présente de plus de vrais dangers; car cet organe est traversé par de nombreux vaisseaux et nerfs, entre autres une branche principale de l'artère carotide et le tronc de la portion dure de la septième paire. La lésion de pareils organes peut entraîner la mort par hémorrhagie et par accidents nerveux. Dans tous les cas, si la lésion du nerf facial ne cause d'abord aucun trouble apparent, plus tard on observe une paralysie du côté correspondant de la face.

Digitized by Google

Cette paralysie et les fistules seront plus à craindre si la plaie a été avec perte de substance; car les cordons nerveux et les canaux sont plus difficilement rétablis dans leurs fonctions quand, après leur division, les deux bouts sont éloignés. On devra conclure de là que les corps contondants devront plus souvent produire ces accidents que les instruments tranchants et piquants. Ceci est vrai pour la lésion du canal de Sténon; c'est moins vrai pour la lésion des petites divisions de ce canal qui rampent dans la parotide. Ainsi on a vu des plaies de cette glande produites par des projectiles n'être suivies d'aucun écoulement de salive. L'attrition des tissus avait formé une escarre au-dessous de laquelle était née une inflammation qui avait oblitéré les petits conduits qui sortent des grains glanduleux. Mais ce qui se passe ici ne peut guère avoir lieu pour le canal de Sténon; car il verse sur la plaie une plus grande quantité de salive, ce qui empêche son oblitération. Et d'ailleurs, si elle avait lieu, il s'opérerait derrière l'oblitération une rétention de salive, un engorgement de la parotide, etc. Cependant une pareille oblitération n'est pas complétement impossible, et la rétention de la salive et ses effets n'ont pas toujours lieu. Ainsi Dupuytren rapporte (1) l'observation d'un blessé de juillet qui eut la joue traversée par une balle, avec lésion du canal parotidien; il y eut oblitération de ce canal, et cependant on n'observa aucun gonflement de la parotide, rien qui ressemble aux effets de la rétention de la salive. Il est fort extraordinaire de voir une pareille plaie ne pas produire une fistule, quand un coup d'épée l'a déterminée (2).

Quelquefois les deux bouts du conduit ne se réunissent point; il n'y a pas non plus oblitération : alors se forme entre eux un espace dans lequel la salive est retenue comme dans un réservoir qui se vide dans la bouche par la compression. On observait sur le capitaine Lasocki une tumeur au milieu d'une vaste cicatrice qui divisait en deux toute la joue. Cette tumeur était un vrai réservoir salivaire qui se vidait dans la bouche par la compression de dehors en dedans (3).

Dans le même recueil, on regarde comme extraordinaires les cas où il survient une fistule salivaire, après de profonds coups de sabre à la joue, avec division du conduit excréteur. Boyer fait

(1) *Traité des blessures par armes de guerre*, tom. II.

(2) Paré, *OEuvres complètes*, Paris, 1840, tom. II, pag. 85.

(3) *Bulletin de la Faculté de médecine*, 1811, n° 3.

Digitized by Google

remarquer que le peu de fréquence des fistules salivaires, à la suite des plaies de la joue, vient de ce que le canal de Sténon est lésé plus rarement qu'on ne pense. D'ailleurs il est difficile de le distinguer sur une surface traumatique composée de muscles, de nerfs, de vaisseaux, de tissu cellulaire imbibés de sang. On n'est certain d'une pareille lésion que quelque temps après l'accident, quand le sang a tout-à-fait cessé de couler et que la salive est versée sur la joue.

Les plaies de la parotide et de son canal excréteur doivent être réunies immédiatement : les moyens adhésifs ordinaires et une légère compression suffiront, dans le plus grand nombre des cas, pour prévenir une fistule, si la glande seule est lésée. C'est ce qui a lieu quand, dans une opération, on est obligé d'inciser cette glande. Mais quand son canal excréteur sera atteint, il y a une autre indication à remplir. Il faudra empêcher la réunion d'un point de la plaie, en même temps qu'on cherchera à hâter l'adhésion sur les autres points. Ainsi je suppose la division de toute l'épaisseur de la joue ; on réunira immédiatement du côté de la peau, par la suture ; mais du côté de la muqueuse, sur le point correspondant à la lésion du conduit salivaire, on laissera un espace béant qui logera une petite mèche de charpie liée par le milieu avec un fil dont un bout traversera le point le plus élevé de la plaie, paraîtra sur la joue et y sera fixé avec du sparadrap. Si la plaie ne comprenait pas toute l'épaisseur de la joue, et qu'on pût acquérir la certitude de la lésion du canal de Sténon, on devrait compléter la division de la joue, réunir avec l'intermédiaire de la mèche.

Si la plaie est produite par un instrument contondant, et que ses bords mâchés laissent peu d'espoir d'une réunion immédiate, on devra les égaliser, les rafraîchir avec le bistouri avant de les affronter. Quand une perte de substance est assez considérable pour rendre cet affrontement difficile, on ferait bien d'inciser sur les adhérences naturelles de la joue avec les maxillaires, pour mobiliser les portions de joue séparées, afin de les réunir plus facilement. C'est ce qu'a d'abord enseigné Celse, et ce qui a été exécuté par Franco.

ARTICLE II.

Calculs du canal de Sténon.

Ces concrétions du canal de Sténon sont rares. Elles sont conte-

Digitized by Google

nues dans le canal même, ou bien, après son érosion, la salive extravasée dépose et donne lieu à des calculs, comme on le remarque assez souvent dans des cas de perforation d'un conduit urinaire, par exemple l'urètre.

Les calculs salivaires ont ordinairement un petit volume : cependant on en a vu d'assez volumineux. Ainsi M. Begin dit qu'il a connaissance d'un corps étranger du canal de Sténon dont le volume égalait celui d'une petite noix : il fut extrait par M. Fardeau, de Saumur.

L'incision nécessaire à l'extraction de ces corps étrangers doit être faite de dedans en dehors, c'est-à-dire qu'on doit attaquer d'abord la muqueuse de la bouche; de cette manière, on évite la difformité d'une cicatrice sur le visage, et on n'expose pas le malade à une fistule salivaire. Cependant si déjà la peau était fort amincie, rouge et même ulcérée, il vaudrait mieux agrandir cette solution de continuité que d'aller attaquer la muqueuse. Ceci suppose qu'on a trop attendu ; car, dans les commencements, on doit toujours opérer par la bouche. En ajournant l'opération ou en la négligeant, le calcul peut être dirigé vers la peau, l'ulcérer et produire une fistule, comme l'a constaté M. Krimer. Le calcul qui fut ainsi éliminé était aussi gros que celui dont il a déjà été question et qui fut extrait par M. Fardeau.

CHAPITRE II.

LÉSIONS VITALES DES PAROTIDES.

Les lésions vitales des parotides se lient à des états de toute l'économie, à des espèces de fièvres dont on traite dans les livres de médecine. Cependant je ne puis me dispenser de dire deux mots des inflammations qui donnent lieu à des tumeurs de la région parotidienne, qu'il ne faut pas confondre avec les autres tumeurs que j'aurai à étudier dans le dernier chapitre de cette section.

ARTICLE Ier.

Inflammations.

Ces inflammations sont à des degrés différents et de nature quelquefois opposée ; elles constituent ce qu'on a appelé les *oreillons* et les *parotides*.

I. OREILLONS.

On a désigné ainsi une tumeur de la région parotidienne qui

Digitized by Google

survient chez les adolescents et surtout chez les enfants : elle n'affecte qu'une fois le même individu, et règne presque toujours épidémiquement. Tout cela indique qu'il s'agit d'une maladie qui naît sous l'influence de causes générales et contre laquelle la chirurgie proprement dite n'a presque rien à faire : aussi serai-je bref dans cet article, qui appartient plutôt à un livre de médecine. Tout ce qu'on sait sur l'étiologie des oreillons, c'est que les saisons froides, humides, sont favorables à leur éruption, et que ce sont presque toujours les enfants qui en sont affectés.

Une fièvre plus ou moins intense précède ordinairement l'apparition de la tumeur; quelquefois la fièvre et la tumeur se montrent en même temps; il arrive aussi qu'on n'observe aucun mouvement fébrile dans aucune période de l'oreillon.

Les symptômes locaux sont une douleur dans la région parotidienne, douleur augmentée par les mouvements de la mâchoire; vient la tuméfaction, dont les progrès accroissent la douleur : la peau qui recouvre la tumeur devient brûlante, et cependant elle conserve sa couleur naturelle, ou bien elle prend une légère teinte rosée et luisante; rarement elle devient d'un rouge vif ou foncé. Le gonflement est plutôt œdémateux qu'inflammatoire; il s'étend du lobule de l'oreille sur les parties latérales du cou; quand il occupe les deux côtés, il élargit singulièrement le diamètre transversal de la face et lui donne un caractère particulier. Quand les glandes sous-maxillaires, sublinguales, amygdales, sont simultanément affectées, il y a des douleurs, une fièvre, des difficultés dans la déglutition et même dans la respiration qui font courir des dangers au malade.

Presque toujours les oreillons se terminent par résolution, rarement par suppuration. Il n'est pas un auteur, médecin ou chirurgien, qui ne parle de la métastase des oreillons sur les testicules chez l'homme; sur les mamelles, les grandes, les petites lèvres, les ovaires, chez la femme. « S'il n'y a qu'un oreillon, c'est l'organe » génital du côté de cet oreillon qui est pris. S'il y a deux oreillons, » les deux testicules seront envahis, ou les deux mamelles, selon » le sexe. Les organes génitaux sur lesquels se sont jetées les mé- » tastases subissent des modifications importantes dans leur nu- » trition; ils peuvent s'atrophier, c'est ce qui arrive surtout aux » testicules. On voit quelquefois la métastase *se balancer*, aller de la

Digitized by Google

» parotide au testicule, puis du testicule à la parotide, etc. (1). »

Voilà les assertions des auteurs qui, depuis Hippocrate, se passent de la main à la main les mêmes erreurs. Mais si on fouille dans les annales de la science pour trouver des observations bien faites, bien détaillées, bien authentiques de ces métastases, on est surpris de la pauvreté du résultat de ces recherches. Si on consulte les hommes graves de notre époque, ceux qu'une longue expérience, une haute position et de grandes lumières ont mis à même de bien voir et de voir beaucoup, ces hommes répondent qu'ils n'ont jamais vu une vraie métastase. Ainsi M. Chomel est dans ce cas; ses souvenirs ne lui rappellent qu'un fait de métastase sur les testicules, et encore n'est-il pas sûr de l'absence d'une affection vénérienne ou d'une autre circonstance qui expliquerait mieux l'orchite que la métastase des oreillons.

J'ai sous les yeux un travail inédit de M. Grisolle qui a eu la patience de creuser cette question de la métastase, d'interroger l'histoire sur ce point. Les recherches de ce médecin lui ont appris que la plupart des auteurs anciens et modernes ont parlé de la métastase des oreillons sur des souvenirs; que quand elle a été décrite, ce n'est jamais d'après les faits, ou bien on a omis les principales circonstances de ces faits. Souvent il est arrivé à M. Grisolle d'établir que le gonflement testiculaire survenant après le gonflement parotidien coïncidait avec une vérole plus ou moins évidente, plus ou moins avouée par les malades ou les médecins qui écrivaient leur histoire. Trop souvent aussi il a été constaté que l'imagination seule faisait les frais de ce qui était dit sur les métastases des oreillons. Je suis en position d'observer bien des orchites, beaucoup d'autres engorgements testiculaires : cependant je n'en ai jamais vu ayant un rapport quelconque avec une affection des parotides. Je ne veux pas pour cela les nier complétement, mais je désire fixer l'attention des chirurgiens sur ce point pour leur éviter de prendre pour établi ce qui n'est encore qu'en question.

Les partisans de la métastase proscrivent les saignées, dans la crainte de favoriser le transport de la maladie. Cependant chez les adolescents forts, robustes, sanguins, on fera bien de pratiquer une saignée du bras, et même de faire quelques applications de sang-

(1) Voyez Boyer, *Maladies chirurgicales*, et surtout le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Digitized by Google

sues quand les deux parotides seront fortement engorgées et très douloureuses, et quand la participation à l'engorgement des glandes sous-maxillaires et amygdales rendra la déglutition et la respiration difficiles. Dans le plus grand nombre des cas, un air sec et chaud, de la ouate dont on garnit le cou et la région parotidienne, suffisent pour favoriser la résolution, qui ne se fait pas attendre. On y joint parfois quelques purgatifs doux, surtout dans les cas de complication bilieuse. Il est rare que la suppuration ait lieu. On devrait la soupçonner et chercher à la prévenir, si d'œdémateux le gonflement devenait inflammatoire : s'il survenait des frissons dans une période avancée de la maladie et si la douleur devenait pulsative, il n'y aurait guère possibilité d'éviter l'abcès, qui avant pouvait être prévenu par des saignées locales. Quand il a lieu, on l'ouvre par les procédés décrits dans le premier volume. La terminaison par induration est encore plus rare que la suppuration, et je doute qu'on ait observé des dégénérescences de la parotide après les oreillons.

II. PAROTIDES OU PAROTIDITE.

Il s'agit encore ici d'un gonflement des glandes parotides qui se lie à un état morbide général ; mais au lieu d'être, comme les oreillons, une maladie qu'on peut assimiler aux fièvres éruptives les plus bénignes, celle-ci, au contraire, apparaît pendant les perturbations les plus profondes de l'organisme. En effet, les tumeurs que les anciens appelaient *parotides* se lient à ces grands troubles de l'innervation et de la circulation appelés *typhus*, *fièvres graves*, etc.

Les *parotides* n'appartiennent pas toujours à la même période de la fièvre. Il en est qui se montrent dès le début, pendant l'*augment ;* on les a appelées *symptomatiques :* elles ne coïncident avec aucune amélioration. Il en est, au contraire, dont l'apparition se fait au déclin de la fièvre ; elles coïncident avec une amélioration notable : on les a appelées *parotides critiques*. Ceci établit une différence dans le pronostic ; car les premières parotides sont d'un mauvais augure, les autres sont d'un présage heureux.

Les symptômes locaux des deux espèces de parotides sont analogues à ceux des oreillons : seulement, comme elles suppurent plus souvent et qu'elles se terminent plus fréquemment par gangrène, il y a plus de douleur, et quelquefois un œdème qui s'étend du

Digitized by Google

côté de la face, du cou, et qui se propage même à la gorge. De là une suffocation qui peut nécessiter l'ouverture prématurée de la tumeur.

Les auteurs ne s'accordent pas toujours sur le traitement à suivre dans le cas de *parotides symptomatiques*. Les uns, les considérant comme un accident qui vient aggraver la fièvre, cherchent à obtenir la résolution de ces tumeurs dès qu'elles paraissent; les autres, craignant la métastase, se gardent bien de chercher à faire disparaître les parotides, dans la crainte que le principe morbifique ne se porte sur un organe essentiel à la vie. Quelle que soit la valeur théorique de ces deux opinions, l'observation prouve que les choses vont mieux quand les parotides suppurent que quand elles se résolvent. De là le précepte de faire suppurer ces tumeurs; de là l'emploi des cataplasmes irritants, l'éloignement de tout sédatif et de tout topique qui peut provoquer une disparition prompte des parotides. On a aussi observé que la résolution des *parotides critiques* coïncidait avec des guérisons moins franches, moins promptes que celles qui avaient lieu quand ces tumeurs suppuraient. On les couvre, pour cela, avec des cataplasmes émollients rendus ensuite maturatifs.

Critiques ou non, les parotides seront ouvertes avec le bistouri dès qu'il y aura fluctuation. Si le gonflement était considérable, la gêne de la déglutition marquée, la respiration difficile, on ferait bien d'inciser les parotides, même avant d'avoir constaté d'une manière positive la fluctuation. L'incision débriderait les tissus étranglés, donnerait lieu à un grand écoulement de sang; de là un dégorgement, une détente locale. J'ai observé à l'Hôtel-Dieu de Marseille un marin qui avait une fièvre grave, très voisine de la fièvre jaune. Il avait des parotides qu'on incisa profondément et de bonne heure; il se fit une hémorrhagie par les incisions, qui fut on ne peut plus salutaire, car sous son influence les symptômes cérébraux cessèrent. Nous fûmes obligé, pour arrêter le sang, de cautériser avec le fer rouge. L'escarre produite par le feu fut profonde; pour son élimination, il fallut une suppuration abondante qui, je crois, a été pour quelque chose dans la guérison.

ARTICLE II.

Fistules de la glande parotide et de son canal.

Les plaies de la glande parotide, et surtout celles de son conduit,

Digitized by Google

peuvent être suivies de fistules; car la réunion bout à bout des conduits salivaires est difficile, et la présence de la salive empêche le plus souvent la réunion. Les concrétions formées dans ces conduits finissent par les ulcérer, et quand c'est vers la peau que se dirige l'inflammation ulcérative, il survient une fistule. Après la suppuration des *parotides* ou leur gangrène, on a vu survenir des fistules qui ont nécessité un traitement chirurgical pour être taries.

Comme on le pense bien, il doit y avoir une grande différence entre une fistule provenant de la lésion de quelques radicules du canal de Sténon et celle qui dépendra de ce canal lui-même: aussi ces deux espèces de fistules devront-elles être traitées dans des paragraphes séparés.

I. FISTULES DE LA GLANDE PAROTIDE.

Ce sont celles qui dépendent de la lésion d'une ou de plusieurs divisions du canal de Sténon, et non de ce canal lui-même. Elles sont dues à des plaies qui ont atteint la glande parotide ou à des inflammations de cette glande qui se sont terminées par suppuration, par gangrène, ou un ulcère qui a fait de grands progrès en profondeur.

La fistule est reconnue et distinguée des autres ulcères de cette région à la sortie d'une humeur visqueuse, transparente, limpide, plus abondamment versée pendant la mastication, surtout quand on mange des substances très sapides. La position de la fistule est un caractère qui la fait distinguer de celles du canal de Sténon; car celles de la glande sont dans l'angle de la région parotidienne, et reculées vers l'oreille. Je ferai cependant observer que l'ouverture peut être très avancée vers la joue, et cependant elle pourra encore appartenir à une fistule de la glande, parce qu'elle proviendra d'un abcès qui se sera ouvert loin de sa source, ou bien parce que c'est un prolongement de la glande sur la joue qui a été lésé. Ces deux circonstances, qui n'ont pas été assez remarquées, expliquent certaines guérisons faciles de fistules attribuées à une lésion du canal de Sténon qui n'étaient en réalité que des fistules de la glande. Ces fistules, d'ailleurs, ne sont qu'incommodes, car elles ne fournissent pas assez de salive pour nuire à la digestion. La salive fuit, pour ainsi dire, par rosée, et ce n'est guère qu'au moment de la mastication que le suintement est prononcé.

Digitized by Google

Dans le traitement de ces fistules, on se propose l'oblitération des conduits qui puisent la salive dans le parenchyme de la glande pour la porter dans le canal de Sténon. Ces conduits sont facilement oblitérés, parce qu'ils sont très déliés, et parce que la salive, étant là en petite quantité, ne contrarie pas l'inflammation adhésive : aussi les guérisons de fistules salivaires provenant de la lésion de la glande parotide sont-elles aussi fréquentes, aussi faciles que celles du canal de Sténon sont rares et difficiles. Il en est même beaucoup des premières qui guériraient spontanément si on les abandonnait aux seules ressources de la nature. Les moyens employés par les chirurgiens ont pour but de faire naître l'inflammation adhésive oblitérante. Les principaux sont la cautérisation et la compression. J'en parlerai plus tard.

II. FISTULES DU CANAL DE STÉNON.

Les fistules du canal de Sténon sont plus fréquentes que celles de la glande parotide ; j'ai déjà dit qu'elles étaient plus difficiles à guérir.

C'est, le plus souvent, à la suite d'une plaie de la joue par instrument tranchant que cette fistule a lieu. Je l'ai vue suivre une solution de continuité de la joue produite par un éclat d'un rocher qu'on avait miné. Il a déjà été fait mention du fait de Krimer qui a observé une de ces fistules après l'élimination d'un calcul salivaire formé dans le canal de Sténon.

Quelquefois il s'élève sur la joue une tumeur inflammatoire qui s'ouvre, se ferme à plusieurs reprises; elle verse d'abord du pus, puis on constate qu'il s'en écoule de la salive. On a vu cette tumeur coïncider avec la carie d'une grosse dent qui a été naturellement considérée comme cause de la fistule. Mais quelquefois les dents sont en bon état, il n'y a pas eu de coup, de plaie à la joue, et cependant il s'est formé un abcès dont l'ouverture persiste et laisse passer la salive. On peut alors supposer une inflammation du canal de Sténon, inflammation spontanée, c'est-à-dire due à une cause qu'on ne connaît pas. C'est peut-être alors un corps étranger d'un petit volume. A. Dubois a observé une tumeur inflammatoire de la joue s'ouvrir, s'ulcérer à trois reprises différentes ; à la troisième fois, il sortit de la salive du fond du petit ulcère. Un stylet introduit dans le canal de Sténon pénétra facilement jusqu'à l'orifice fistuleux, où il rencon-

Digitized by Google

tra de la résistance ; elle était due à une petite arête de poisson qui obstruait le canal. Dubois en fit l'extraction, et la fistule fut promptement guérie. (Boyer, t. VI, p. 285.) J'ai vu dans le service de M. Chomel (août 1840) un phthisique qui avait une fistule du canal de Sténon. Je remarquai que les dents en rapport avec le canal étaient gâtées, hérissées d'aspérités. Il n'est pas impossible qu'elles aient donné lieu à plusieurs abcès qui ont eu lieu avant l'établissement de la fistule. M. Chomel n'était pas éloigné de penser que des tubercules en suppuration auraient pu donner lieu à cette affection. Comme pour les fistules salivaires de la glande parotide, celles-ci sont constatées dès qu'il y a perte constante de salive, humeur dont les caractères sont faciles à apprécier. Voici comment Boyer établit la distinction des fistules de la glande de celles de son conduit principal : on connaît que la fistule est due à une lésion de la parotide en s'assurant de l'état du conduit et de ses rapports avec la fistule par l'introduction d'un stylet boutonné dans le canal, par la situation de la fistule et par la quantité de salive qu'elle rend dans un espace de temps donné. Ainsi, lorsque le stylet introduit dans le conduit de Sténon par son orifice naturel, et enfoncé aussi profondément que possible, ne fait reconnaître aucune lésion à ce conduit, l'ouverture externe ne correspond point au canal salivaire, mais à la glande ; lorsque la quantité de salive qui en coule est peu considérable, nul doute que la lésion ne soit à la glande elle-même et à quelques uns des petits conduits qui en naissent, et que le canal de Sténon n'en soit pas exempt. (*Op. cit.*)

Malgré ces données, on peut encore se tromper, et j'ai signalé dans le précédent paragraphe une cause d'erreur à laquelle on avait peu songé.

ARTICLE III.

Hypertrophie de la glande parotide.

Que je sache, aucun article dans les auteurs n'est consacré à l'hypertrophie de la glande parotide ; ce qui peut être attribué aux difficultés de constater sur le vivant cette hypertrophie, difficultés qui naissent de la position de la glande, ou de l'extrême rareté de cette modification de la nutrition ; ceci est en opposition directe avec ce que l'on observe sur les glandes amygdales.

Digitized by Google

Je trouve dans Boyer deux passages que je transcris ici, parce qu'ils me paraissent avoir trait à l'hypertrophie de la parotide. Sabatier avait observé deux fois ce qu'il appelait l'*exubérance* de la parotide. Il n'a donné des détails que sur un fait : c'était une tumeur de la région parotidienne dont le volume était considérable. Elle s'étendait d'une part depuis le dessous de l'arcade zygomatique jusqu'à 6 ou 7 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire, et de l'autre, depuis le lobe de l'oreille, qui en était soulevé, jusqu'au-delà du bord antérieur du muscle masséter. Sa forme était irrégulière, faisant plus de saillie en quelques endroits qu'à d'autres, et elle paraissait s'élever de 5 à 6 centimètres au-dessus du niveau de la face externe de la parotide, lorsque cette glande est dans l'état sain. Le malade, âgé de soixante et quelques années, mais très bien conservé, dit à Sabatier que la tumeur qu'il voyait avait commencé à s'élever depuis trois ou quatre mois; que ses progrès, après avoir été très lents dès le commencement, étaient devenus rapides, et que, du reste, il n'y sentait aucune douleur, soit qu'on la maniât ou non. Cette tumeur paraissait assez mobile et portée sur une espèce de collet ou de rétrécissement qui se remarquait vers la base, ce qui permettait de la renverser dans tous les sens. Le volume de la tumeur, son accroissement rapide, l'exemple funeste d'une semblable maladie que Sabatier avait déjà observée, et la bonne constitution du maladie, étaient autant de circonstances propres à engager ce chirurgien à faire l'extirpation de la tumeur; il se décida à l'entreprendre, et voici de quelle manière il la fit. Il incisa les téguments de haut en bas et de devant en arrière; il disséqua les lambeaux; la tumeur étant bien à découvert, il la traversa de devant en arrière avec une longue aiguille médiocrement courbée, garnie d'un double cordon formé de la réunion de plusieurs brins de fil cirés; les cordons séparés servirent à faire deux ligatures, l'une en haut, l'autre en bas, étreignant chacune la moitié de la tumeur; la plaie fut pansée simplement, et peu de temps après la guérison fut radicale. Sabatier donne à cette maladie le nom d'exubérance de la glande parotide, parce que la tumeur qu'elle présentait était peu rénitente, et qu'elle avait quelque ressemblance avec le gonflement chronique qui survient assez brusquement aux glandes amygdales, c'est-à-dire avec l'hypertrophie de ces corps glanduleux.

Voici le fait présenté à l'Académie des sciences en 1760 par

Digitized by Google

Tenon (1) : Un enfant d'un an avait sur la joue gauche une tumeur presque aussi grosse que le poing, et qui s'étendait depuis l'oreille jusqu'à l'angle des lèvres. Cette tumeur, qui avait crû pour ainsi dire depuis la naissance de l'enfant et peu à peu, était molle, blanche, indolente, mobile et comme composée de grains glanduleux ; elle paraissait de plus parsemée de gros vaisseaux qui formaient çà et là sur la peau des lacis en spirale ou des tourbillons rougeâtres. Cet enfant étant mort, mais par une cause étrangère à cette tumeur, Tenon fit l'ouverture du cadavre. Après avoir enlevé les téguments et séparé la tumeur des parties environnantes, il trouva qu'elle était formée par la glande parotide, qui, sortie de ses limites ordinaires, avait pris un volume considérable. De grosses artères qui venaient des carotides et maxillaires externes se rendaient à cette glande et y entraient par sa partie inférieure. Il est probable que la quantité de sang que ces artères portaient à la glande avait été la cause de son prodigieux accroissement. Si l'on eût connu la véritable nature de la maladie, on aurait pu en borner les progrès par la compression. (Boyer, *Maladies chirurgicales.*)

Il est certain qu'il y a dans les deux cas hypertrophie : dans le premier, celui de Sabatier, c'est peut-être un lobe de la glande qui s'est développé isolément comme on le voit dans d'autres glandes ; dans le cas de Tenon, plusieurs chirurgiens reconnaîtront plutôt une tumeur érectile qu'une vraie hypertrophie de la glande. Je penche cependant pour cette dernière opération. Dans les deux cas, selon Boyer, on aurait pu confondre ces tumeurs avec des engorgements de la parotide ou avec des cancers de cette glande, et c'est pour compléter le diagnostic de ces deux affections qu'il a cité les faits de Sabatier et de Tenon que je viens de rapporter.

CHAPITRE III.

LÉSIONS ORGANIQUES DE LA PAROTIDE.

Les lésions organiques de la glande même, c'est-à-dire de son tissu propre, sont extrêmement rares, comme les dégénérescences de toutes les glandes salivaires. Mais son enveloppe fibreuse, la trame cellulaire, les vaisseaux et ganglions lymphatiques, enfin les tissus qui entourent la parotide, ceux qui pénètrent dans son épaisseur, ces éléments anatomiques peuvent dégénérer et dégénè-

(1) *Mémoires et observations sur l'anatomie et la chirurgie*, Paris, 1806, pag. 216.

Digitized by Google

rent effectivement en tubercule, en squirrhe, en cancer, et il peut y avoir un développement vasculaire dans toute la région qui tiendra de l'anévrisme et de la tumeur érectile. Ainsi, en parlant de cette dernière maladie (t. I), j'ai fait mention d'un fait remarquable qui a pu être observé par mes collègues Blache, P. Guersant et Velpeau : c'était une tumeur vasculaire qui envahissait toute la région parotidienne. Elle était le siége de pulsations et d'un bruit comme dans certains cas d'anévrisme. Mais, à part ces lésions organiques, la plupart des tumeurs de la région parotidienne qu'on considère comme des dégénérescences de la glande elle-même, ne sont que des ganglions lymphatiques dégénérés ou hypertrophiés, lesquels étaient autour de la glande ou entre les lobes de la glande. Ainsi, dernièrement, en présence de MM. Jules Roux, professeur à Toulon, et Lebaudy, j'ai extirpé de volumineux ganglions lymphatiques sous le cou d'un jeune homme ; il y en avait un dans le sein même de la parotide qui, en se développant davantage, aurait bien pu faire croire à une dégénérescence de cette glande elle-même.

Ainsi les tumeurs de mauvaise nature de la région parotidienne sont rarement produites par la glande parotide dégénérée ; elles sont presque toujours formées par des tissus qui ont des rapports plus ou moins intimes avec cette glande, et quand, par extraordinaire, c'est du cancer, c'est plutôt sous la forme squirrheuse qu'il se montre. Ceci étant convenu, il est plus facile de se rendre compte des cas assez nombreux d'extirpation de glandes parotides dites cancéreuses et des succès obtenus après ces opérations. Il est évident que le plus souvent on a extirpé des tumeurs appliquées sur la glande ; quelquefois on a enlevé la glande enveloppée dans un tissu dégénéré ; mais très rarement on a pratiqué cette opération pour une dégénérescence atteignant d'abord le parenchyme même de la parotide.

Voici d'ailleurs les caractères assignés au squirrhe de la parotide : tumeur solidement fixée dans le régime parotidienne qui s'étend aux parties voisines, surtout vers la région cervicale, parce qu'elle offre le moins de résistance. Mais elle finit par repousser en arrière et en haut le lobule de l'oreille, qui semble se dédoubler, pour s'envelopper d'une partie de la peau, comme on peut le voir fig. 20. La tumeur est vue par sa face postérieure ; le pavillon de l'oreille très relevé et le lobule dédoublé. (Extrait de la thèse de concours de M. Bérard.) La tumeur comprime le conduit auditif dans sa portion cartilagineuse, et contracte avec lui des adhérences.

Digitized by Google

L'aplatissement de ce conduit peut affaiblir l'ouïe. Les rapports antérieurs sont d'abord l'articulation temporo-maxillaire, la branche de la mâchoire. Les mouvements de cet os sont plus ou moins gênés, quelques malades même peuvent à peine l'écarter. Par des rapports qu'elle contracte plus tard, la tumeur peut mettre obstacle à la déglutition et à la respiration en exerçant une compression du pharynx et des gros troncs vasculaires et nerveux du cou.

Fig. 20.

Alors on peut quelquefois, avec un doigt introduit très profondément par la bouche, toucher médiatement la tumeur sur un point du pharynx. Notez bien que dès le début cette tumeur est peu mobile, que sa base s'enfonce dans l'échancrure parotidienne, dans laquelle elle est comme enclavée. Bon nombre de filets nerveux traversant la glande malade, leur compression, leur destruction même, leur dégénérescence, donnent lieu à des douleurs vives, à une espèce de contracture, et même à la paralysie des muscles de la face. Si la réunion de ces caractères peut à la rigueur faire reconnaître le cancer de la parotide, ils sont impuissants pour établir si le cancer est squirrheux ou encéphaloïde. Ils ne pourraient pas indiquer si la tumeur a débuté par la face externe de la glande ou par sa partie profonde, ni faire préciser les limites de la tumeur. Mais j'ai dit que la forme squirrheuse était ici la plus fréquente; la forme encéphaloïde est beaucoup plus rare. Ensuite la mobilité de la tumeur, plusieurs fois observée dans la première période du développement, doit plutôt indiquer que le mal a débuté par les couches superficielles. Quant à la dernière partie de ce diagnostic, je dirai que le volume de la tumeur, sa fixité, la gêne de la déglutition, la paralysie de la face, font penser qu'elle pénètre profondément; mais dire avant l'opération le point précis où elle s'arrête, ce serait singulièrement s'aventurer.

L'immobilité de la tumeur *dans les premiers temps* est donc un des signes les plus précieux au diagnostic. Ainsi, quand les tumeurs non squirrheuses qui se développent dans la région paroti

Digitized by Google

dienne ne sont ni trop anciennes ni trop volumineuses, elles sont mobiles : il est alors impossible de les confondre avec une dégénérescence de la glande, car cet organe a des rapports tels qu'il serait impossible d'imprimer le moindre mouvement à la tumeur formée par son tissu dégénéré. Mais les tumeurs qui sont très anciennes, quoique formées en dehors du tissu glandulaire, finissent par adhérer à la parotide qui les supporte, puis cette glande dégénère et se confond avec la tumeur. Si on examine la tumeur à cette période, les difficultés dans le diagnostic et dans les déterminations à prendre augmentent. Quand, dans de pareils cas, on a osé entreprendre une opération, on s'est quelquefois arrêté après l'ablation de la portion malade de la glande, le reste a simplement été abandonné, ou bien on l'a cautérisé (Goyrand, Chopart, Desault). Mais je dirai ici que la nécessité de la cautérisation suppose que ce qu'on laisse n'est pas sain : alors mieux vaut ne pas déposer le bistouri, et compléter avec lui l'ablation de toute la glande.

Opérations motivées par les maladies de la glande parotide et de son canal excréteur.

I. FISTULES DE LA GLANDE PAROTIDE.

Dans le traitement de ces fistules, on se propose l'oblitération des conduits qui puisent la salive dans le parenchyme de la glande pour la porter dans le canal de Sténon. Ces conduits sont facilement oblitérés, parce qu'ils sont très déliés, et parce que la salive étant là en petite quantité, ne contrarie pas l'inflammation adhésive : aussi les guérisons de fistules salivaires, provenant de la lésion de la glande parotidienne, sont-elles aussi fréquentes, aussi faciles que celles du canal de Sténon sont rares et difficiles. Il en est même beaucoup des premières qui guériraient spontanément si on les abandonnait aux seules ressources de la nature. Les moyens employés par les chirurgiens ont pour but de faire naître l'inflammation adhésive oblitérante. Les principaux sont la cautérisation et la compression.

Cautérisation. De tout temps elle a été employée; elle a réussi entre les mains de Galien qui l'appliqua pour guérir une fistule au-dessous de l'oreille, suite d'une *parotide* critique. Paré, les deux Fabrice ont imité Galien, et nous l'imitons encore aujourd'hui.

Digitized by Google

Mais, au lieu d'employer le feu ou les caustiques liquides, nous nous servons du nitrate d'argent. C'est un caustique facile à manier; il produit une escarre plus sèche, plus adhérente que les autres. Dans un cas où il y avait un trajet fistuleux étroit, profond, M. Velpeau a préféré un trochisque de minium. Je crois qu'un crayon de pierre infernale convenablement taillé pourrait remplacer avantageusement le trochisque; on répéterait plus souvent la cautérisation, au lieu de laisser séjourner le caustique. Une pareille cautérisation est toujours préférable aux injections irritantes proposées par Louis.

Compression. Elle a été faite avec succès par Beaupré, Ledran et Raffin; ce dernier inventa une machine *ad hoc*. On pourra toujours s'en dispenser si on sait égaliser le plan de la région avec de la charpie, appliquer et bien maintenir sur elle des disques nombreux d'agaric. Ce moyen, qui seul réussit très fréquemment, peut être combiné avec la cautérisation.

On a proposé de rafraîchir les bords de la solution de continuité et de les réunir immédiatement par la suture ou les agglutinatifs. C'est un moyen qui pourrait être tenté si les deux précédents échouaient. Mais un chirurgien qui se respecte et qui respecte la chirurgie ne tentera jamais l'*extirpation* de la glande pour une fistule, qui n'est qu'une légère infirmité. Il est dit dans les *Nouveaux éléments de médecine opératoire* de M. Velpeau qu'une pareille énormité chirurgicale a été attribuée à Pouteau par Hedelhofer. C'est une calomnie faite bien innocemment, je crois, par Hedelhofer.

II. FISTULES DU CANAL DE STÉNON.

Les procédés proposés pour guérir le fistules du canal de Sténon sont très nombreux, d'abord parce que c'est une affection très difficile à guérir, et parce qu'elle varie beaucoup, ce qui est dû à la position de ses orifices au point du canal qui a été lésé, à l'étendue de la lésion, à la nature même de la cause qui a produit cette lésion :

Pour faciliter la mémoire, je rangerai sous quatre chefs tous les procédés :

1° On a dû songer à rétablir le canal naturel en le désobstruant, en le dilatant ou en mettant les deux bouts divisés dans des rapports convenables.

2° Le rétablissement du canal naturel ayant été jugé impossible, on a songé à en créer un nouveau.

Digitized by Google

3° La présence de la salive sur la solution de continuité nuisant à sa réunion, on a comprimé le canal du côté de la glande, on l'a même lié pour opposer une digue à la marche de ce liquide.

4° Enfin, on est allé jusqu'à tarir la source de la salive en atrophiant la glande.

Ainsi tous les procédés peuvent se rattacher à quatre méthodes, et les noms des auteurs peuvent être rangés autour de quatre noms.

1° Rétablissement du canal de Sténon : — Morand ;

2° Établissement d'un nouveau canal : — de Roy ;

3° Oblitération du canal de Sténon : — Maisonneuve ;

4° Atrophie de la glande parotide : — Desault.

Rétablissement du canal de Sténon. Morand avait songé à cette méthode, mais c'est Louis qui l'a introduite dans la science. La joue un peu renversée en dehors, un stylet d'Anel est introduit dans le méat du conduit salivaire et sort par l'ouverture accidentelle ; il paraît sur la joue, on le retire par là, et il entraîne un fil préalablement attaché à une de ses extrémités. Les deux bouts de ce fil sont noués sur la joue. Le lendemain, on fixe à l'extrémité du fil qui correspond à l'ouverture accidentelle un petit séton formé avec des brins de fil détordus : en tirant le fil conducteur par la bouche, on fait pénétrer ce séton dans le bout antérieur du conduit de Sténon. Tous les jours on renouvelle le séton et on augmente son épaisseur pour opérer une dilatation progressive du canal : on le conserve jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'effet désiré. Louis conseille de maintenir le séton jusqu'à ce que la cicatrice soit parvenue près de la mèche. Il faut le couper alors au niveau de la joue et tirer de quelques lignes le bout qui est dans la bouche : le séton, retenu encore dans le canal, favorise le cours de la salive pendant que la solution de continuité extérieure se cicatrise.

Quand on rencontre des difficultés pour introduire le stylet de la bouche vers la joue, on conseille de lui faire suivre le chemin opposé, en l'introduisant par l'ouverture fistuleuse, qu'on pourrait agrandir, dit-on, par une légère application de caustique. Louis donne ensuite des conseils pour effacer le coude que le conduit forme en passant sur le masséter, pour éviter les difficultés causées par la laxité, la mobilité du conduit. Même avec ces conseils et de l'habileté, le procédé de Louis est très difficile à exécuter ; ce sont même ces difficultés qui l'ont fait abandonner.

Par la cautérisation de l'ouverture fistuleuse, on peut conserver

Digitized by Google

le canal de Sténon. Elle a aussi été employée et vantée par Louis. De nos jours elle a réussi à plusieurs chirurgiens. On doit préférer le nitrate d'argent, pour les raisons que j'ai données en parlant des fistules de la glande parotide. Je suis porté à croire que, quand la cautérisation a réussi, c'est que le canal n'avait pas été complétement coupé; ou bien il y a eu erreur de diagnostic : il existait peut-être une fistule de la glande et non une fistule du canal de Sténon. Cette erreur vient, comme je l'ai dit, de ce que l'ouverture fistuleuse de la glande, au lieu d'avoir lieu dans la région parotidienne, s'est opérée sur la joue, ou de ce que la fistule partait d'une portion de la glande parotide qui quelquefois se prolonge sur la joue. Quoi qu'il en soit, on doit tenter la cautérisation avant d'en venir aux autres moyens. Après avoir cautérisé, on applique sur la fistule plusieurs disques d'un emplâtre fortement adhésif; ils seront disposés en pyramide; le premier disque sera le plus petit et formera le sommet. Une légère compression, une abstinence aussi prolongée que possible, l'immobilité de la mâchoire, tels sont les moyens qui aideront singulièrement l'action du caustique, car ils s'opposent aux causes qui augmentent la sécrétion salivaire.

ÉTABLISSEMENT D'UN NOUVEAU CANAL OU, POUR MIEUX DIRE, D'UN NOUVEAU MÉAT. De Roy voulut guérir la fistule extérieure par une fistule intérieure; il créa un *nouvel émissaire* à la salive, et, pour qu'il se *perpétuât*, il perça la joue directement avec une tige de fer rougie, afin de produire une perte de substance. Duphœnix, au lieu du fer chaud, se servit d'un bistouri pour percer la joue d'arrière en avant et de haut en bas; une canule fut placée dans la moitié interne de la plaie faite par le bistouri pour prévenir sa réunion et pour diriger la salive dans la bouche. La plaie extérieure fut réunie par la suture.

Monro perçait la joue avec une alêne de cordonnier, et entretenait la nouvelle voie avec une mèche; Desault se servait d'un trois-quarts.

Deguise père perça la joue sur deux points, passa dans cette double ouverture un fil de plomb recourbé dont les deux extrémités faisaient saillie dans la bouche, et dont la partie moyenne et convexe était placée dans le conduit naturel de la salive et correspondait à l'endroit même de l'ouverture fistuleuse.

Un petit trois-quarts porté dans l'orifice fistuleux est enfoncé dans la bouche, en traversant l'épaisseur de la joue d'avant en ar-

Digitized by Google

rière, puis d'arrière en avant. La canule du trois-quarts sert à conduire dans la bouche le fil de plomb, dont les extrémités sont recourbées sur elles-mêmes pour éviter tout déplacement. On réunit ensuite les bords de l'ouverture extérieure par la suture entortillée, et sa cicatrisation a lieu ordinairement au bout de quinze jours. La salive coulant alors dans la bouche par les deux nouveaux méats qu'on vient de créer, le fil de plomb est enlevé avec précaution.

Percy ne conduisait qu'un bout de fil dans la bouche, l'autre était enfoncé dans le bout externe du canal de Sténon. Latta en faisait de même; mais, au lieu d'un fil de plomb, il employait une corde à boyau.

Béclard fit au fond de la fistule deux piqûres l'une au-dessus de l'autre, passa dans chacune d'elles un bout d'un fil de plomb, et, au lieu de laisser ces bouts séparés dans la bouche, il les tordit ensemble comme on le faisait pour guérir les fistules à l'anus; de cette manière, il n'y avait qu'un nouveau méat, tandis que par le procédé de M. Deguise il y en a deux.

Au lieu d'un fil de plomb, M. Mirault se sert d'un fil ordinaire (1); M. Roux préfère la soie, M. Vernhes l'or.

Mais pour passer ces fils, il s'est offert des difficultés qui devaient faire naître de nouveaux instruments; le plus simple est celui de M. Grosserio, qui se sert d'un trois-quarts sans pavillon.

Il serait plus simple de se servir de mon aiguille à lance (2) qui porte un œil vers sa pointe, et avec laquelle on passerait facilement les deux bouts de fil dans la bouche. Elle est assez forte pour porter un cordonnet ou un fil en plomb. D'ailleurs, ce fil métallique pourrait très bien être passé dans la bouche par deux petites lardoires fixées à ses bouts et qu'on dégagerait ensuite. Ce serait le moyen le plus simple d'exécuter le procédé Deguise, qui est préférable à tous les autres.

Oblitération du canal de Sténon. Maisonneuve établit une compression sur ce canal entre la glande et la fistule pour fermer le passage à la salive, afin qu'elle ne pût entraver la guérison d'une plaie de la joue. Cette plaie, qui avait été faite par un coup de sabre, guérit au bout de vingt jours. Selon Louis, une pareille compres-

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1835, t. IV. p. 34.

(2) Voyez au chapitre des maladies de la langue son emploi dans la ligature de cet organe : elle sera encore utile pour d'autres opérations, en particulier pour la suture du périnée.

Digitized by Google

sion détermine presque nécessairement une inflammation de la glande parotide et de son canal ; elle serait donc dangereuse. D'ailleurs, il est probable que le succès de Maisonneuve est dû seulement à la réunion immédiate : ce n'est pas le seul fait qui prouve qu'une suture entortillée bien faite empêche la formation d'une fistule, même quand tout le canal de Sténon a été divisé. Il faut pour cela que la plaie soit bien nette, et qu'on l'égalise si elle est inégale. Avec les aiguilles, on ne prendra que la moitié de l'épaisseur de la joue la plus voisine de la peau. Alors, du côté de la bouche, les bords de la plaie seraient moins bien rapprochés, et la salive prendrait cours par là.

Wiborg propose de lier le canal de Sténon au lieu indiqué par Maisonneuve. Des expériences sur les animaux semblent appuyer les raisons que donne l'auteur de ce procédé ; mais il faudra que l'observation de l'homme malade prononce pour que les praticiens songent à adopter l'idée de Wiborg.

Atrophie de la glande parotide. On cherche à la produire par la compression. Il est certain que si on parvenait à tarir la source de la salive, la fistule guérirait. Mais Boyer, après avoir dit que Desault est parvenu à guérir par la compression de la glande une fistule salivaire du conduit de Sténon, finit par trouver que l'observation publiée par Desault *est loin de réunir toutes les circonstances propres à établir son opinion et à démontrer l'explication qu'il en donne.* C'est-à-dire que Boyer considère à peu près comme non avenue l'observation de Desault, observation qui, pour le dire en passant, ressemble à beaucoup d'observations publiées par l'ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu ou ses disciples. Boyer déclarait qu'il ne croirait à une atrophie de la glande par la compression que quand l'autopsie le lui prouverait. Selon lui, le succès de Desault (si succès il y avait) n'était dû qu'à la suspension de la sécrétion salivaire, pendant un temps suffisant à l'oblitération du trajet fistuleux. D'ailleurs la compression sur la région parotidienne est difficile à faire, plus difficile à maintenir. Elle est douloureuse, car elle porte sur une grande branche du nerf de la septième paire.

Tout bien considéré, la méthode qui consiste à créer une nouvelle voie à la salive, à traiter la fistule externe par une fistule interne, cette méthode sera préférée, car elle a le plus souvent réussi, et elle est facile à exécuter, surtout si on veut se servir de mon aiguille à lance. Il ne faudrait pas pour cela rejeter entièrement les

Digitized by Google

autres procédés ; car les fistules offrant beaucoup de variétés, les moyens de les guérir ont dû varier : d'ailleurs la plupart de ceux dont j'ai fait mention comptent des succès. Ainsi il est indubitable que la cautérisation a réussi quelquefois. La réunion compte des succès ; pratiquée comme je l'ai indiqué plus haut, elle réussira encore plus souvent, surtout si la fistule est la suite d'une plaie sans perte de substance. Si elle est due à une gangrène de la joue, à une brûlure, le procédé de Deguise réussira plus souvent. Quant à la compression, elle pourra être faite pour seconder l'action de la suture et de la cautérisation ; mais on devra la modérer. Si par elle on empêche pendant quelque temps la salive de baigner le point qui a été cautérisé ou réuni, on aura plus de chances pour la cicatrisation.

Extirpation de la glande parotide. Avant de décrire l'opération qui consiste à extirper complétement la glande parotide, je dois dire quelques mots sur la possibilité de compléter cette opération, sur ses dangers et sa convenance. Selon Burns, cette glande est tellement enclavée dans la région, tellement mêlée aux parties nombreuses qui la composent, qu'il est impossible d'effectuer une éradication complète ; car, ayant fait une injection de mercure par le canal de Sténon, la dissection la plus minutieuse pratiquée par Burns ne put parvenir à détacher la glande sans voir s'échapper le métal par une foule de points attaqués par le bistouri. L'expérience de Burns n'est pas probante ; car, quelque soin qu'on apporte dans la dissection, on peut très bien ouvrir des conduits salivaires et enlever toute la glande. Selon moi, la question au point de vue opératoire n'a pas même besoin d'être posée aujourd'hui. Une question qu'on doit se faire est plutôt celle-ci : Doit-on tenter l'éradication complète de la glande parotide? Boyer, dans son bon sens chirurgical, avait répondu par la négative. En parlant des chirurgiens qui coupaient une portion de la glande et cautérisaient le reste, Boyer dit très nettement : *Il est plus sage encore de ne point tenter l'opération* (tom. VI, p. 278.) S'arrêter toujours où Boyer s'est arrêté serait souvent se condamner à une immobilité nuisible à la science et à l'humanité ; mais ne pas prendre en grande considération ce qu'il dit dans de pareilles questions au moment où l'action chirurgicale préoccupe tous les esprits, serait peu prudent. Eh bien, je crois que si d'avance on pouvait acquérir la persuasion qu'une tumeur de la région parotidienne est formée

Digitized by Google

par la glande dégénérée, je crois que dans ce cas on devrait s'abstenir d'opérer.

Je ne dis pas pour cela qu'on ne doive jamais pratiquer l'extirpation de la glande parotide; je veux seulement faire comprendre qu'on ne doit jamais la faire par *préméditation;* il faut y être entraîné par des circonstances imprévues. Ainsi, je suppose qu'on entreprenne l'extirpation d'une tumeur de la région parotidienne qu'on ne croyait pas formée par la glande parotide, et cependant on trouve que celle-ci fait partie de la masse; ou bien c'est une tumeur qui, d'abord étrangère à la glande, a fini par l'englober, par la faire participer à la dégénérescence. Dans ces deux cas, il n'y a pas à balancer; une fois l'opération commencée, on doit l'achever; il faut attaquer la glande. Maintenant, doit-on n'enlever que ce qui est malade, ou en faire l'ablation complète? Je pencherais pour le premier parti, si le tissu de la glande n'avait pas été primitivement affecté, si ce n'était que par extension et si le parenchyme de la glande était encore reconnaissable; j'imiterais alors M. Goyrand, qui laissa une portion de l'organe.

Il y a plusieurs raisons qui doivent éloigner le praticien de commencer une opération qui consisterait à enlever entièrement une parotide tout-à-fait cancéreuse. Ainsi on craint une hémorrhagie instantanée ou primitive; car pour parvenir aux dernieres limites de la glande, il faut ouvrir une foule d'artères, et parmi elles une artère très importante, la carotide externe. On coupe tout autant de nerfs, ceux surtout qui animent la face; de là une paralysie d'un côté de cette région. On peut même aller jusqu'aux pneumo-gastrique et glosso-pharyngien. Ces lésions, et les accidents qui peuvent en être la conséquence, sont graves. Cependant on sait aujourd'hui, et l'expérience l'a prouvé, qu'une pareille extirpation exécutée par un chirurgien qui se possède et qui a une certaine habileté, qu'une pareille opération n'est pas immédiatement mortelle par l'hémorrhagie. On se rend maître du sang en liant les vaisseaux au fur et à mesure de leur division, et quand l'artère carotide externe va être attaquée, on peut comprimer la carotide primitive correspondante pour lier avec plus de sûreté. On répondra que cette compression n'est pas toujours possible, ce qui est vrai; mais alors, mais seulement alors on fait la ligature préalable du tronc lui-même, comme Goodlad le conseille pour tous les cas, ce qui est une exagération. Quant aux lésions nerveuses, je doute qu'on ait réellement

Digitized by Google

des faits qui prouvent que les nerfs glosso-pharyngien et pneumogastrique aient réellement été divisés. Quant à ceux de la face, il est vrai qu'on les coupe; mais les conséquences de cette section n'ont qu'une importance secondaire dans une aussi grave question. Ce qui vaut mieux encore que les réponses à ces objections, portant sur la gravité des accidents de l'opération ce sont les faits qui prouveraient que réellement la glande malade a été complétement enlevée sans danger immédiat. M. A. Bérard, qui, dans une excellente thèse de concours, a rassemblé tous les faits relatifs à l'extirpation des tumeurs de la région parotidienne, les a classés en cinq catégories : 1° des faits manquant des détails nécessaires pour établir leur authenticité; 2° des faits d'extirpation de tumeurs qui ne s'avançaient que peu ou point dans l'échancrure parotidienne; 3° des faits de tumeurs dans l'échancrure parotidienne, avec ablation probable ou certaine d'une partie de la glande; 4° des faits qui peuvent faire admettre que la glande a été *probablement* enlevée en totalité : ce sont ceux de Waren, Kyrby, Widmer, Mac-Clelan, Prieyer, Raymond, Carmichaël, Gensoul; 5° des faits enfin qui prouvent, selon M. Bérard, que la glande a certainement été enlevée en entier; ces faits appartiennent à Randolph, Smith, Lisfranc, Gensoul, Béclard, Braamberg.

Pour avancer que l'ablation complète de la glande a été réellement faite, il ne faut pas se contenter, au moment de l'opération, de constater l'existence d'une excavation profonde qui semble avoir pour limites les parois mêmes de la région théâtre de l'opération, car ces parois peuvent être constituées au fond par la glande parotide aplatie. Il ne faut pas se contenter de constater la dénudation de l'apophyse mastoïde de la branche du maxillaire inférieur des bords des muscles masséter, ptérygoïdien, sterno-mastoïdien. Il faut encore, il faut surtout que l'apophyse styloïde, ses muscles, il faut que l'artère carotide interne, la veine jugulaire interne, aient été mises à nu ; car, qu'on le sache bien, quel que soit l'aplatissement de la glande par une tumeur sur-ajoutée, elle sera toujours suffisante pour masquer les parties que je viens de citer en dernier lieu. Eh bien, maintenant qu'on réfléchisse à la gravité d'une opération qui pénètre à cette profondeur, et qu'on se demande si le mal s'arrêtera aux limites naturelles, et cependant si profondes, de la glande à l'état normal, quand cette glande elle-même sera malade.

Digitized by Google

Je reviens encore à mes conseils de prudence; je répéterai donc que si on pouvait savoir que l'affection a d'abord été squirrheuse, si surtout une exploration de la région supérieure et profonde du cou, exploration faite par un doigt introduit par la bouche, et pénétrant jusqu'au pharynx, tandis que de l'autre main on palperait le cou au-dessous de l'angle maxillaire; si par une exploration ainsi faite on pouvait établir que la tumeur a fait des progrès vers le pharynx, surtout si des difficultés dans la déglutition, dans la respiration, confirmaient les résultats de l'exploration par le doigt dans la bouche: alors on devrait absolument s'abstenir d'opérer.

Manuel opératoire. Je vais décrire l'opération telle qu'on la pratiquerait si l'ablation complète de la glande devait être faite. Si ce n'est qu'une tumeur qui repose sur la glande, on s'arrêtera aux limites du mal, et l'opération sera plus facile et plus prompte. Pour avoir une idée des difficultés et des dangers de cette opération, on n'a qu'à se rappeler les rapports de la glande parotide. Je dirai seulement ici qu'elle représente une pyramide dont la base correspond à la peau et dont le sommet touche à la colonne vertébrale; ce sommet est en rapport avec la carotide interne, la jugulaire interne, les nerfs grand hypoglosse, pneumo-gastrique et grand sympathique. Pour parvenir à cette profondeur, l'instrument peut diviser l'artère faciale transverse, le nerf facial, l'artère et la veine temporale superficielle, la carotide externe, l'origine de la maxillaire interne, etc.

Tant de lésions artérielles devaient faire redouter une hémorrhagie de nature à entraver l'opération et à compromettre les jours de l'opéré : aussi, comme je l'ai déjà dit, Goodlad fit-il la ligature préalable de l'artère carotide. Si on doit l'imiter ou bien placer une ligature d'attente sous ce vaisseau, ce sera quand on se décidera en commençant à enlever toute la parotide; car cette opération ne peut être complète sans division de l'artère carotide externe, vaisseau considérable et qui peut donner lieu, en très peu de temps, à une hémorrhagie fort compromettante. Si, au contraire, les antécédents, la forme, le volume, la marche de la tumeur peuvent faire supposer qu'elle a d'abord pris naissance dans les tissus qui environnent la parotide, on se dispensera de lier préalablement le tronc carotidien; car, avec de l'habileté et des soins dans la dissection, on pourra éviter la lésion de l'artère carotide externe. Mais alors des aides seront toujours prêts à lier immédiatement les vaisseaux qui

Digitized by Google

seront divisés ; si, pendant la dissection, on voyait l'impossibilité d'épargner la carotide externe, il faudrait prolonger vers le cou l'incision pour découvrir le plus bas possible ce vaisseau ; on l'entourerait de deux ligatures entre lesquelles il serait coupé, puis on continuerait la dissection en procédant de bas en haut. D'ailleurs voici le manuel opératoire.

Le chirurgien aura à sa disposition ligatures, éponges, pinces, enfin tout l'appareil nécessaire à l'extirpation des tumeurs profondes. Il se servira d'un scalpel pour la dissection, car le manche devra souvent être employé. L'incision sera cruciale si la peau est saine et si la tumeur n'a pas un très grand volume ; autrement, elle sera elliptique, afin d'emporter avec la tumeur la portion de peau altérée ou exubérante. Le grand diamètre de cette incision sera vertical et non horizontal, comme le veulent Goodlad et M. Fonthein, à moins cependant que la tumeur ne se prolonge du côté de la bouche.

Après la dissection des téguments, la tumeur est détachée en commençant par sa partie supérieure ; on attaque ensuite son bord postérieur. Sur ces points, la glande est bien limitée ; on est sûr de ne pas rencontrer la carotide externe en débutant. A mesure qu'on descend et qu'on marche vers le fond de la région, on doit diriger le tranchant du scalpel vers la glande, et non vers les parties voisines ; le manche ici est préférable à la lame, et déchirer vaut mieux que couper. En faisant ouvrir la bouche au malade, on écarte le condyle maxillaire du conduit auditif, et on facilite la séparation de la glande. On parvient derrière la branche de la mâchoire ; là est l'artère carotide externe, l'origine de la temporale et de la maxillaire interne. Si sur ce point la glande est malade, il faut lier la carotide externe, comme je l'ai dit tantôt ; le nerf de la septième paire doit promptement être coupé, si derrière lui sont des tissus malades. Enfin, parvenu au sommet de la glande, là où elle envoie des prolongements vers les carotides et les jugulaires externes, si la ligature préalable du tronc carotidien n'a pas été faite, le chirurgien concevra des craintes et prendra des précautions ; il liera les dernières portions de la glande et ne coupera que devant ces ligatures. Ce ne sont pas seulement les dernières portions de la glande qui pourront imposer de pareilles précautions et inspirer de pareilles craintes, mais encore des tissus environnants qui ont dégénéré. La ligature préalable du tronc carotidien ne met pas toujours à l'abri

Digitized by Google

d'une hémorrhagie, car il peut s'en faire une très grave par les veines du fond de la région parotidienne. C'est pour l'éviter et détruire les derniers restes de la glande qu'on a conseillé l'application du cautère actuel. A cette profondeur, il aurait des inconvénients; il n'arrêterait pas mieux l'hémorrhagie que la compression. Au lieu donc de brûler les restes de la glande, il vaut mieux les lier comme je l'ai dit, et couper devant ces ligatures.

Si l'extirpation de la glande a été complète ou si la tumeur enlevée a nécessité une dissection profonde, il est préférable de panser à plat que de tenter la réunion immédiate, laquelle pourrait exposer à des fusées purulentes et rendraient plus difficiles les moyens de compression en cas d'hémorrhagie.

II. LIGATURE DE LA GLANDE PAROTIDE.

Les dangers de l'hémorrhagie pendant et après l'extirpation de la parotide avaient déjà porté Roonhuysen à proposer de remplacer cette opération par la ligature. Il passait à travers la base de la tumeur un double ruban; il nouait ensuite les deux moitiés séparément, l'une en haut, l'autre en bas : de cette manière, il étranglait la glande sur deux points et la faisait tomber en gangrène. M. Mayor propose de découvrir la glande comme si on voulait l'extirper; on isole toute la portion qui fait relief, puis on traverse sa racine avec des rubans comme Roonhuysen, ou bien on l'attire au dehors autant que possible avec une pince-érigne, et on jette sur sa racine une forte ligature qu'on serre par degré avec le constricteur en chapelet.

Ce procédé compte des succès; mais si on examine de près les faits, on voit, comme d'ailleurs l'a déjà signalé M. Velpeau, on voit qu'il s'agissait de la ligature de tumeurs développées sur la parotide, et non de la ligature de cette glande elle-même.

Il est évident que c'est la peur du sang qui a fait naître l'idée de la ligature, qui, comme on le sait, était beaucoup plus employée avant les progrès de la chirurgie hémostatique. Mais est-on bien à l'abri de l'hémorrhagie par la ligature? De deux choses l'une : ou la tumeur n'est pas formée par la parotide, ou c'est cette glande qui entre dans sa composition. Eh bien, dans le premier cas, une dissection bien faite expose moins à l'hémorrhagie que la ligature; car l'instrument avec lequel on traverse la tumeur divise au hasard,

Digitized by Google

et comme on ne découvre pas les limites du mal, dans la crainte de ne pas les dépasser, on peut enfoncer trop profondément l'instrument qui porte les ligatures et léser précisément une artère que la dissection eût épargnée. Dans le second cas, c'est-à-dire quand la glande est dégénérée, il serait impossible, par la ligature, d'emporter tout le mal. Mais ce moyen, qui seul est insuffisant ou dangereux, peut convenir si on en fait usage comme je l'ai dit tantôt, pour compléter l'extirpation.

SECTION DIX-NEUVIÈME.

MALADIES DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE ET DE SON CONDUIT EXCRÉTEUR.

CHAPITRE PREMIER.

LÉSIONS PHYSIQUES DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE ET DE SON CONDUIT EXCRÉTEUR.

ARTICLE Ier.

Plaies de la glande sous-maxillaire.

La mâchoire met la glande sous-maxillaire à l'abri de beaucoup de lésions physiques : les plaies y sont donc rares. Cette glande peut être et a été réellement blessée par le bistouri du chirurgien, dans des cas d'extirpation de tumeurs formées par des dégénérescences des ganglions voisins. Parfois il se forme alors une fistule salivaire qui ressemble beaucoup à celles de la glande parotide et qui doit être traitée comme elles. On voit quelquefois la plaie guérir et la salive transsuder encore par la cicatrice. Boyer, qui a observé un de ces faits, fit cesser cette transsudation par une longue compression.

ARTICLE II.

Corps étrangers de la glande sous-maxillaire et de son conduit excréteur.

On en trouve très rarement dans la glande; ils sont presque tous dans son conduit; ils pénètrent par le méat ou sont formés dans le canal de Wharton lui-même. Les premiers sont des corps préalablement introduits dans la bouche. Ainsi on lit dans la *Revue médi-*

Digitized by Google

cale (1) qu'une arête de poisson s'introduisit dans le canal de Wharton. M. Robert cite, dans le même recueil, un cordonnier qui avait une soie de sanglier dans ce conduit. La *Gazette médicale* fait mention d'un brin de paille qui avait également pénétré dans le conduit de Wharton. Les corps étrangers formés dans ce canal sont des calculs comme ceux dont il a été question en parlant des maladies du canal de Sténon, mais ici ils sont plus fréquents et plus nombreux. Ces corps étrangers se forment ordinairement à la suite d'un rétrécissement du méat ou d'un point du canal voisin de ce méat.

Les corps étrangers de l'appareil glandulaire en question produisent deux effets principaux. Ils causent parfois une irritation, une inflammation de la bouche attribuée à mille causes différentes et résistant à tous les moyens imaginables. Une fois le corps étranger découvert, on en fait l'extraction, et l'inflammation disparaît comme par enchantement. Quelquefois le corps est éliminé par les seuls efforts de la nature; il est avalé avec les aliments ou rejeté avec la salive; l'inflammation qu'il avait fait naître ou qu'il entretenait tombe, et on fait honneur de la cure au dernier moyen employé contre elle.

Or donc, quand une stomatite sera rebelle, on ne se contentera pas d'examiner les dents, la langue, les joues; on ne s'enquerra pas seulement des aliments à l'usage du malade, des médicaments employés par lui, etc.; on examinera aussi et on touchera le dessous de la langue, où quelquefois on rencontrera des corps étrangers qu'on devra extraire immédiatement.

CHAPITRE II.

LÉSIONS VITALES DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE ET DE SON CONDUIT EXCRÉTEUR.

Les lésions vitales consistent en des engorgements, des inflammations de la glande sous-maxillaire, en des espèces d'hydropisie du conduit excréteur.

Ces états pathologiques sont surtout produits par les corps étrangers et les rétrécissements du conduit de Wharton; il y a alors rétention de la salive et engorgement de la glande qui la produit. En parlant des engorgements de la parotide, j'ai dit qu'il pouvait exis-

(1) 1831, tom. II, pag. 378.

Digitized by Google

ter avec celui des glandes sous-maxillaires. Ainsi, quand les oreillons sont graves, il y a toujours plus ou moins d'engorgement de la glande sous-maxillaire, car elle touche à la parotide, qui lui communique alors l'irritation. Cette irritation peut aussi avoir son point de départ sur la muqueuse de la bouche enflammée ou couverte d'aphthes; et comme on voit une inflammation être transmise de la vessie dans les reins par les uretères, on voit aussi une stomatite se propager à la glande sous-maxillaire par le canal de Wharton.

Pour traiter convenablement les engorgements de la glande sous-maxillaire, on s'adressera d'abord à la cause. Ainsi : 1° extraction du corps étranger; 2° antiphlogistiques appliqués sur les parotides et révulsifs dirigés du côté du canal intestinal s'il y a des oreillons; 3° gargarismes émollients, purgatifs encore s'il y a stomatite. Si cette inflammation est de cause spécifique, ne pas omettre les moyens spécifiques. On cautérisera les aphthes. Si l'engorgement de la glande est considérable, douloureux et aigu, s'il survient chez un sujet jeune, robuste, on pourra toujours tirer du sang, quelle que soit la cause de cet engorgement.

ARTICLE Ier.

Grenouillette.

Un obstacle près l'orifice du conduit de Wharton donne lieu à une rétention de salive, laquelle, en s'accumulant dans le conduit, le dilate considérablement; de là une tumeur qu'on aperçoit au-dessous de la langue. Pourquoi a-t-on appelé cette tumeur grenouillette? Est-ce parce qu'elle ressemble au goître aérien d'une grenouille, ou bien parce que la prononciation du malade imite un peu le coassement de ce batracien?

Munick, le premier, profitant de la découverte de Wharton, donna une idée juste sur le vrai siége et la nature de cette maladie. On sait que Celse considérait la grenouillette comme un abcès particulier, et que Fabrice d'Aquapendente la rangeait parmi les tumeurs enkystées mélicériques. Lafaye et Louis pensaient que la grenouillette avait son siége dans le canal excréteur des glandes sous-maxillaires et dans celui des glandes sublinguales. Mais existe-t-il un canal particulier de ces dernières glandes?

Il est possible, au reste, que toutes les tumeurs appelées grenouillette n'aient pas exactement le même siége et ne soient pas d'une nature identique : ainsi le canal de Sténon peut être éraillé, et l'ac-

Digitized by Google

cumulation de la salive peut se faire hors de ses parois. Il peut aussi se développer des kystes autour de ce canal, kystes qui forment une tumeur sous la langue comme la véritable grenouillette. M. Breschet a constaté par la dissection l'existence de ces kystes; ils sont séreux, tout-à-fait indépendants du canal de Wharton, et s'observent chez les enfants nouveau-nés.

Causes. Comme pour toutes les obstructions, il y a eu plusieurs théories sur la formation de la grenouillette; les uns ont accusé l'épaississement de la salive qui l'empêchait de s'écouler, les autres ont dit que l'épaississement de la salive était dû à son séjour trop prolongé dans le canal excréteur. C'est Louis qui a combattu le plus avantageusement la première opinion. Il est des cas où la cause de la rétention de la salive est évidente : ainsi quand elle est due à un corps étranger, par exemple à un calcul engagé près le méat du conduit de Wharton. Ce conduit peut aussi être rétréci, presque oblitéré par une inflammation chronique : je crois que c'est même là la cause la plus fréquente de la grenouillette. Dans les premiers temps de l'inflammation, il y a rétention de la salive; plus tard, quand l'inflammation baisse, le canal pourrait laisser passer une partie au moins de la salive retenue; mais comme elle s'est épaissie par la stagnation, son excrétion n'a pas lieu; il y a alors une espèce d'engouement qui fait continuellement des progrès. On voit donc que l'épaississement de la salive peut jouer un rôle dans la production de la grenouillette; mais ce n'est pas le premier : celui-ci doit être attribué à une modification quelconque du canal lui-même. Son atonie peut, selon quelques auteurs, donner lieu à la grenouillette; Louis considère cette cause comme insuffisante, mais il est bon de la noter.

Symptômes. L'examen de la bouche offre ce qui suit : au-dessous de la partie antérieure de la langue, à côté du frein est une tumeur aplatie, arrondie ou oblongue, compressible, légèrement transparente; quand la grenouillette est double, la tumeur est divisée en deux par un sillon, ou bien elle présente de petites taches qui ressemblent à des aphthes.

La grenouillette, bien petite, bien innocente dans les commencements, finit par prendre un accroissement considérable et causer des désordres qu'on n'aurait pu prévoir. Ainsi, dans les commencements, à peine gêne-t-elle quelques mouvements de la langue, et on ignore sa présence; mais peu à peu la tumeur s'élève, on le

Digitized by Google

reconnaît tous les jours ; elle s'accroît, les fonctions de la lèvre sont entravées, l'articulation des sons est difficile. Enfin, au bout de deux ou trois mois, la grenouillette peut s'être développée au point de déplacer la langue, de la refouler et d'occuper presque toute la bouche. Il est de ces tumeurs qui sont allées jusqu'à repousser les dents en avant, les chasser de leur alvéole, carier la mâchoire, etc. Dilatant la bouche dans tous les sens, la grenouillette finit par abaisser son plancher, et vient former une tumeur au cou, dans la région sus-hyoïdienne. Un tel développement de la grenouillette doit anéantir complétement la parole et donner lieu à de la suffocation.

La poche augmente d'épaisseur et de dureté par le temps ; quand elle a plusieurs années, il est des points qui deviennent cartilagineux.

Le liquide subit aussi des modifications : celui de la grenouillette récente est limpide, visqueux comme du blanc d'œuf ; par la stagnation, il se trouble, et des espèces de graviers se forment : ils ont fourni à l'analyse de Fourcroy du phosphate de chaux et un mucilage animal. Quelquefois la salive est mêlée à du pus ; c'est quand la poche est enflammée. La quantité du liquide est en rapport avec le volume de la tumeur ; on l'a vue s'élever à plus d'une livre.

Il est des grenouillettes qui ont une marche très rapide ; elles peuvent acquérir en quelques heures le volume d'une petite noix ; elles sont transparentes ; ce sont de pareilles tumeurs qu'on a vues disparaître spontanément. On les attribue à une inflammation de l'orifice du canal de Wharton. Cette rapidité de la marche et une pareille terminaison me portent à penser que le spasme de ce méat n'est pas étranger dans la production de la grenouillette qu'on a appelée aiguë.

Diagnostic. Le diagnostic peut offrir des difficultés si on néglige l'examen de la bouche. Appelé au dernier terme de la maladie, si on ne connaît pas les antécédents, on peut croire à un abcès, à une loupe du cou.

Pronostic. Très légère et d'un pronostic favorable dans les premiers temps, la grenouillette peut compromettre les jours du malade quand elle a acquis un grand développement ; car en refoulant la langue vers le gosier, elle peut suffoquer le malade. Diemerbroeck cite un pareil accident à la suite de la rupture d'une grenouillette dans l'arrière-bouche.

Dans le traitement de la grenouillette, comme dans le traitement

Digitized by Google

de toute rétention de liquide par oblitération ou rétrécissement d'un canal excréteur, on a proposé de rétablir la voie naturelle, et on en venu ensuite à en créer une nouvelle. Pour la grenouillette, on a songé : 1° à désobstruer le canal de Wharton ; 2° à créer un nouveau méat ; 3° à enlever ou détruire la poche. Je vais bientôt décrire ces opérations.

CHAPITRE III.

LÉSIONS ORGANIQUES DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE.

Les véritables lésions organiques de la glande sous-maxillaire sont encore plus rares que celles des autres glandes salivaires. M. Velpeau, qui a pris connaissance de presque tous les faits d'extirpation de cette glande, avance qu'*aucune observation concluante ne prouve que la glande sous-maxillaire soit jamais passée à l'état de squirrhe ou de cancer.*

Les extirpations ont été entreprises pour des ganglions indurés ou tuberculeux qui se trouvent entre la glande sous-maxillaire, la mâchoire et le peaucier. Des observations publiées en France, dit M. Velpeau, l'une, qui appartient à M. J. Cloquet, est un exemple pur et simple d'extirpation de ganglions sus-hyoïdiens; celle de M. Amussat rentre dans la même catégorie. Selon M. Velpeau, il est loin d'être démontré qu'ici l'extirpation fût absolument nécessaire. Cet auteur passe en revue les autres cas d'extirpation, et persiste dans son opinion.

Mais ici, comme pour la région parotidienne, des tumeurs autres qu'une dégénérescence de la glande peuvent se développer au point de gêner des fonctions importantes, et nécessiter par conséquent une opération. Je décrirai bientôt le procédé à suivre si la glande devait être complétement extirpée; il sera facile de s'arrêter et de ne pas exécuter les derniers temps de l'opération s'il ne s'agit que d'une tumeur sous-maxillaire.

Opérations motivées par les maladies de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton.

I. OPÉRATION DE LA GRENOUILLETTE.

J'ai dit que pour guérir cette maladie, on avait songé 1° à désobstruer le canal de Wharton ; 2° à créer un nouveau méat ; 3° à enlever ou à détruire la poche.

DÉSOBSTRUCTION DU CANAL DE WHARTON. On s'est peu arrêté à cette

Digitized by Google

méthode, aujourd'hui complétement abandonnée. Cependant, si on présume que la rétention de la salive est due à une inflammation du canal de Wharton, on fera bien d'ordonner des gargarismes émollients et d'appliquer quelques sangsues sous la mâchoire.

Si, comme Louis, on pouvait apercevoir l'orifice de ce conduit au centre d'une espèce d'aphthe, on imiterait ce chirurgien, qui introduisait un stylet en plomb et complétait la dilatation avec une petite bougie du même métal. L'application de cette méthode est on ne peut plus rare.

Création d'un nouveau méat. Pour créer un nouveau méat, on a simplement percé la tumeur, on l'a incisée dans une grande étendue, ou bien on lui a fait éprouver une perte de substance. Pour empêcher son oblitération, on s'est servi d'un corps étranger.

A. *Ponction et incision de la tumeur.* Elles sont insuffisantes; car la réunion a lieu, et la poche salivaire se renouvelle.

B. *Cautérisation.* Elle compte des partisans d'un grand nom. Hippocrate dit : Quand la grenouillette ne s'ouvre pas d'elle-même, on la pince, et quand il y a des fistules extérieures, on la cautérise. (Sprengel, *Hist. de la Méd.*, t. VIII, p. 352.) Paré (1), Louis, Petit, Desault, etc., l'ont vantée. Elle peut convenir dans les cas de petites grenouillettes à parois encore minces. On doit chercher à obtenir une perte de substance considérable. On se sert d'une tige de fer; on protège les parties environnantes avec une plaque en métal percée ou une canule. Il vaut mieux se servir, pour cela, du carton mouillé.

C. *Excision.* On pratique sur la tumeur une incision demi-circulaire; on saisit le lambeau avec des pinces, et au moyen de ciseaux courbes sur le plat, on le résèque. Il est plus simple et plus expéditif de soulever avec une pince-érigne une portion de la poche, et de la retrancher d'un coup avec les mêmes ciseaux courbes.

Par l'excision, on parvient plus sûrement et plus facilement au résultat qu'on se propose en cautérisant, qui est d'opérer une perte de substance.

Excision avec suture. — Procédé de M. Jobert. La langue étant portée en haut et en arrière, le chirurgien fait saisir avec une pince le côté externe de la tumeur; il place lui-même une seconde pince sur le côté opposé, et enlève sur la face antérieure du kyste une portion elliptique de la muqueuse buccale. On a bien soin de ne

(1) *Œuvres complètes*, Paris, 1840, t. I, pag. 382.

Digitized by Google

pas intéresser, pendant cette excision, l'enveloppe propre de la tumeur. Le kyste est ensuite ouvert dans toute son étendue et vidé, puis on renverse à droite et à gauche les parois libres du kyste, et à l'aide du serre-nœud de Græfe armé d'une aiguille courbe chargée d'un fil, on traverse de chaque côté, et à la fois, les lèvres de la division du kyste et de la muqueuse buccale, que l'on maintient réunies au moyen d'un point de suture; le résultat de cette opération est la formation d'un infundibulum au fond duquel existe un orifice par lequel s'écoule la salive retenue auparavant.

D. *Corps étrangers.* On peut voir dans l'ouvrage de Sabatier qu'avant Dupuytren on avait songé à empêcher l'oblitération du méat artificiel par l'interposition d'un corps étranger; mais c'est Dupuytren qui a généralisé et régularisé l'emploi de ce moyen. Il se servait de deux petits disques en métal réunis par une tige, de manière que l'instrument ressemblait à ces boutons doubles dont on se sert encore pour le devant des chemises. Dans les premiers temps, la tige qui réunissait les deux petits disques était creuse : c'était un petit canal qui devait être parcouru par la salive. Mais au lieu de passer dans ce conduit, le liquide passait autour : alors Dupuytren ne fit plus creuser cette tige; il la fit amincir, afin que les diamètres fussent bien au-dessous de l'ouverture faite à la grenouillette pour passer dans sa cavité un des deux disques.

Ce double bouton, quelque petit qu'on le fasse, gêne plus ou moins les mouvements de la langue; il peut enflammer la bouche: ce qui n'était pas admis par Dupuytren, qui disait cet instrument tout-à-fait innocent et réussissant toujours.

E. *Séton.* On trouve dans l'ouvrage de Dorsey que Physick, de Philadelphie, a employé le séton pour la cure de la grenouillette : alors, au lieu d'un nouveau méat, on en fait deux. La grenouillette est traversée avec une aiguille courbe qui entraîne un fil double ou un petit cordon dont on lie les deux bouts. Mais pour que les diamètres des deux ouvertures faites par l'aiguille soient plus considérables que ceux du cordon qu'elle entraîne, il faut que le corps de cet instrument soit de beaucoup plus large que l'extrémité où se trouve le chas.

Destruction de la grenouillette. Quand la grenouillette est très ancienne, que les parois sont très épaisses, comme dégénérées, on a conseillé l'excision complète de la tumeur. Comme on le pense bien, cette opération longue, douloureuse, et qui peut exposer à

Digitized by Google

la blessure des artères ranines, opération d'ailleurs déja recommandée par Mercurialis et Diemerbroeck, ne peut plus être admise aujourd'hui.

Trouvant une analogie entre la grenouillette et l'hydrocèle, on a aussi conseillé pour sa guérison les moyens dirigés contre l'hydropisie des bourses : ainsi l'injection irritante, l'excision, etc. Il est même des auteurs modernes qui pensent que la cautérisation des anciens et le séton de Dorsey ont pour effet d'irriter la poche, afin de l'enflammer et l'effacer, comme cela arrive à la suite de la cure radicale de l'hydrocèle. C'est une erreur : la cautérisation et le séton ont été employés, comme je l'ai dit, dans l'intention de creuser un ou deux méats pour remplacer le méat naturel qui a été oblitéré.

On s'arrêtera aux méthodes qui consistent à créer un ou deux nouveaux méats. L'excision avec suture de M. Jobert est préférable.

II. EXTIRPATION DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE.

Le malade aura la bouche fermée, le menton relevé et la tête renversée en arrière : la tumeur est ainsi plus saillante. Si elle est volumineuse, profonde et qu'une incision horizontale ou en croissant ne soit pas suffisante, on pratiquera une incision en croix : incision d'abord du bord maxillaire à l'os hyoïde, autre incision contre la première. On dissèque, on renverse les lambeaux de peau ; deux ligatures sont jetées sur la veine faciale qu'on divise entre elles. Avec une érigne, un aide saisit la glande et la tire en dehors et en haut, puis en arrière et en bas, et le chirurgien détache à petits coups de bistouri ou avec des ciseaux la partie inférieure de la moitié antérieure. On doit éviter avec soin la lésion de l'artère linguale et du nerf qui l'accompagne; on cherche en arrière l'artère maxillaire externe pour la lier : on fait porter l'érigne en avant et en bas, et on sépare la glande malade de la langue ; elle est alors enlevée.

On peut lier préalablement l'artère maxillaire externe : il faudrait alors inciser la peau du cou sur le point correspondant à son origine, et se comporter comme je l'ai indiqué dans mon deuxième volume.

Je suis persuadé qu'on pourrait extirper la glande sous-maxillaire sans inciser la peau, et par conséquent sans laisser de cicatrice au cou. Il faudrait, pour cela, attaquer cette glande par la bouche, la détacher et l'enlever par là. Si j'étais le moins du monde porté à augmenter sans grande nécessité le nombre des procédés déjà si

Digitized by Google

nombreux, il me serait facile de donner une description particulière de cette opération.

SECTION VINGTIÈME.

MALADIES DU COU.

Je vais consacrer une section aux maladies des éléments communs qui composent la région du cou ; ensuite je ferai des sections à part pour les maladies des organes les plus importants de cette région : ainsi le larynx, l'œsophage, le corps thyroïde.

CHAPITRE PREMIER.

ANOMALIES ET DIFFORMITÉS DU COU.

Les anomalies et difformités qui portent sur le cou doivent plus ou moins dévier la tête, comme les diverses inclinaisons de la tête déforment plus ou moins le cou. Cependant, pour que ce double effet soit sensible, il faut que la déviation soit un peu ancienne et parvenue à un certain degré. En effet, la tête par sa mobilité peut éviter d'obéir aux inclinaisons légères du cou en se portant en avant, ou en arrière, ou sur un côté, pour rétablir le centre de gravité. Ceci est impossible quand la courbure de la colonne d'appui est considérable, car alors la mobilité des articulations de cette même colonne empêche la tête de conserver ses rapports mutuels. Quand la tête se dévie d'abord, il y a du côté de la déviation tassement des pièces de la colonne ; les vertèbres, les cartilages intervertébraux sont sur ce point soumis à une pression qui détermine leur atrophie, leur amincissement. Les autres ligaments, les muscles profonds du cou subissent aussi des modifications importantes. Il est bon de signaler tout d'abord ces circonstances aux jeunes médecins, surtout alors qu'on leur enseigne si souvent de ne voir dans les déviations qu'une cause plus superficielle.

Les déviations du cou sont le plus souvent latérales et constituent le *tortieolis* que je vais bientôt étudier particulièrement ; mais il peut y avoir des déviations en avant dans le sens de la flexion de la tête, des déviations en arrière dans le sens de l'extension. Comme on le pense bien, avec ces diverses inclinaisons, il y a toujours plus ou moins de rotation de la tête, surtout dans les inclinaisons latérales, qui constituent le torticolis musculaire, et quand le sterno-mastoïdien joue un rôle.

Digitized by Google

Les causes des déviations de la tête et du cou sont celles que j'ai étudiées en parlant des déviations en général, tom. I, pag. 206. Elles sont directes ou indirectes, agissant d'abord sur les agents passifs ou actifs des mouvements de la région. Ce qu'il faut bien noter ici, c'est que quand la déviation est primitivement cervicale, c'est-à-dire quand elle part des vertèbres, elle est beaucoup plus grave parce qu'elle est plus difficilement curable; car les éléments de la colonne sont plus ou moins écrasés dans le sens de ses déviations, et quelquefois il s'opère des soudures qui fixent les vertèbres dans leurs rapports communs. Il s'opère consécutivement des atrophies dans la concavité de l'arc présenté par la colonne vertébrale infléchie. Ces atrophies, qui portent sur les muscles, les constituent finalement en état de rétraction. Ces atrophies peuvent s'expliquer; mais ce qui n'a pu être expliqué, ce sont les atrophies qui portent sur la moitié de la face du côté de la concavité de l'arc, tandis que la moitié du côté de la convexité est à l'état normal. Après cette idée très sommaire des déviations du cou en général, je vais m'occuper du torticolis en particulier.

ARTICLE Ier.

Torticolis.

C'est une difformité dont la cause est au cou, et dont l'effet le plus saillant est une inclinaison de la tête sur un côté du tronc; la tête est aussi dans un état de rotation plus ou moins prononcé; c'est même cette dernière circonstance, la *torsion*, qui a donné le nom à la difformité et qui la différencie des diverses inclinaisons dont j'ai parlé en commençant ce chapitre.

Causes. On a noté dans l'étiologie du *torticolis* l'hérédité. Il est évident que cette difformité peut être congéniale, c'est-à-dire qu'on peut l'observer chez les nouveaux-nés. Quand le torticolis est vraiment congénial, c'est-à-dire quand il s'est formé pendant la vie intra-utérine, on l'attribue à une affection d'un centre nerveux, à un état convulsif, ou bien, comme Stromeyer, à une fausse position du fœtus. M. Dieffenbach va jusqu'à croire que l'engagement de la tête dans le bassin longtemps avant le terme de la grossesse, n'est pas sans influence sur cette difformité. Les deux auteurs que je viens de citer prétendent encore que le torticolis peut être causé par des tiraillements violents et de fortes pressions exercés par une des branches du forceps.

Digitized by Google

C'est plutôt du côté droit que la tête s'infléchit, surtout quand c'est par l'action anormale du sterno-cléido-mastoïdien. Ainsi, sur vingt-sept torticolis, M. Bouvier en a trouvé dix-huit à droite.

Ici surtout il faut bien établir la division entre la difformité qui vient d'une lésion des agents actifs du mouvement et celle qui se rattache à une affection des agents passifs; cette division dans l'étiologie a fait établir un *torticolis musculaire*, que quelques auteurs distinguent des autres qui ne le sont pas, et qu'ils décrivent à part (1). Les torticolis non musculaires seraient ceux dont la lésion anatomique première porterait sur les os, les ligaments, et celui qui serait dû à une cicatrice vicieuse du cou. Mais il est impossible alors même que les muscles ne participent pas à l'affection; car s'ils n'infléchissent pas le cou et la tête, ils contribuent à la fixer dans la position qu'ils trouvent toute faite par les lésions primitives.

Quant au torticolis musculaire, on a admis qu'un seul faisceau du muscle sterno-mastoïdien était dans le plus grand nombre des cas isolément affecté, et ce faisceau c'était celui qui s'insère au sternum; le faisceau claviculaire resterait alors à l'état sain ou subirait les modifications des muscles qui se trouvent dans la concavité de l'arc représenté par la déformation. Cette opinion, qui n'est pas toute moderne, puisqu'on conseillait déjà de ne couper qu'un chef du sterno-mastoïdien et de n'en venir au second qu'au cas d'insuffisance de la première section (2), cette opinion est exagérée. En effet, les deux chefs du sterno-mastoïdien se confondent à une certaine hauteur: ainsi, si en bas il y a un muscle rotateur de la tête (le sterno-mastoïdien) et un muscle élévateur de la clavicule (le cléido-mastoïdien); dans les deux tiers supérieurs, ces deux chefs ne forment qu'un muscle qui est complétement rotateur de la tête. Ce qui est vrai, c'est que le faisceau sternal est quelquefois plus particulièrement la cause du torticolis; mais il est tout aussi bien constaté que le plus souvent les deux le sont plus ou moins (3), et que par exception le faisceau claviculaire est rétracté, tandis que l'autre n'est pour rien dans la difformité.

Les modifications organiques que subissent les muscles rétractés ont été exposées à la fin du tome II quand il a été question des *Maladies des muscles* à l'article *Rétraction*.

(1) Voyez *Thèse* de M. Depaul, page 82.
(2) *Dictionnaire de chirurgie* de S. Cooper, article *Torticolis*.
(3) Bonnet, *Traité des Sections tendineuses*, Lyon, 1841.

Digitized by Google

Quand le torticolis est réellement musculaire, il n'est pas toujours permanent. Il peut y avoir ici, comme pour le strabisme, des moments de redressement spontanés de la difformité, au moins dans les commencements de l'affection : M. Fleury a même publié une observation de torticolis intermittent. Cette non-fixité de la difformité en question prouve qu'il n'y a pas toujours *rétraction* des muscles, mais quelquefois seulement *contracture*. (Voyez t. II, *Maladies des muscles*, article *Névroses*, l'explication de ces deux mots.)

Symptômes et diagnostic. La tête est inclinée vers l'une des épaules. Avec cette inclinaison il y a une rotation qui tourne la face du côté opposé ; de ce côté le cou paraît plus large et plus haut, soit qu'on le regarde en avant (fig. 21, torticolis droit chez un garçon), soit qu'on le regarde du côté de la nuque (fig. 22, torticolis gauche) : je représente le cou et la tête d'une fille qui a été opérée par M. Bouvier, qui l'a parfaitement redressée. Sur le côté opposé à l'inclinaison, les muscles ne se dessinent pas sous la peau, qui est tendue. Du côté de l'inclinaison, le cou existe à peine ; il n'y a quelquefois entre la clavicule et le menton qu'un sillon profond où la peau forme plusieurs plis. En avant on sent surtout le faisceau sternal du sterno-cléido-mastoïdien tendu et saillant sous la peau, près de son attache inférieure. La fig. 21 montre la saillie des deux faisceaux inférieurs du mus-

Fig. 21.

Fig. 22.

Digitized by Google

cle sterno-mastoïdien ; tous deux sont rétractés. La moitié de la face qui correspond à l'inclinaison est ordinairement atrophiée et forme un contraste avec l'autre moitié : la bouche et les yeux sont obliquement placés. Malgré l'inclinaison et la rotation déjà grandes de la tête, le malade peut la fléchir encore et la tourner du côté opposé à celui de la courbure ; mais ordinairement il ne peut la redresser.

Ces signes indiquent bien le torticolis ancien ; mais si on veut connaître et la gravité de la difformité et les traitements qu'elle réclame, il faut s'enquérir des antécédents, de la marche de la maladie, et se livrer à une exploration de la partie postérieure du cou qui pourra apprendre s'il existe ou non une affection des vertèbres. Quand cette complication existe, la série des apophyses épineuses ne présente plus une courbe régulière ; la pression exercée sur elle ou sur le côté détermine quelquefois d'assez vives douleurs. On s'enquiert s'il n'existe pas à la région dorsale une forte courbure latérale, car sa présence suffirait presque pour exclure une affection des os (1). Selon ces auteurs, il faut dire au malade de mouvoir la tête autant que possible, tandis que, les doigts placés sur les apophyses épineuses, on examinera s'il se passe quelque mouvement dans les vertèbres. Suivant les conseils de Boyer, le médecin devra lui-même tenter de ramener avec les mains la tête dans la position normale, ce qui sera possible, ajoute-t-il, si la déviation tient à la paralysie des muscles d'un côté du cou, ce qui sera impossible si elle tient à une contracture des muscles. Nous doutons que Boyer ait jamais observé ces phénomènes sur un torticolis ancien. On comprend qu'ils aient lieu dans le cas de paralysie récente des muscles, mais non quand la maladie est ancienne, parce qu'il existe toujours une rétraction des muscles, qu'elle ait été la suite d'une contracture ou d'une paralysie (*loc. cit.*).

Traitement. C'est peut-être la difformité contre laquelle les moyens médicaux et les topiques peuvent avoir le plus d'influence. En effet, dans le torticolis qui a été appelé *musculaire*, dans celui qui tient aux tissus fibreux des articulations vertébrales, le rhumatisme, l'état nerveux, peuvent jouer un grand rôle. Il peut n'y avoir qu'une modification dans l'innervation du muscle, dans sa vitalité, modification qui constitue la contracture et non la rétraction, c'est-à-dire qui laisse la trame du muscle telle qu'elle est à l'état normal. C'est dans

(1) Roche, Sanson et Lenoir, *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, t. V.

Digitized by Google

ce dernier cas que la difformité peut être intermittente. On voit donc qu'avant d'invoquer les moyens chirurgicaux, et même les moyens orthopédiques, on devra agir par les dérivatifs, par les topiques sous forme de cataplasmes, de fomentations, d'onctions; on devra même quelquefois employer le massage. Ce qui ne sera jamais négligé, surtout si le sujet est robuste, c'est le traitement antiphlogistique. Ainsi, quand réellement il y a eu avant ou pendant l'établissement du torticolis des symptômes inflammatoires, on devra tirer du sang et ne pas négliger les bains, surtout les bains de vapeur. Tout en admettant les moyens médicaux et la nécessité de les employer avant la chirurgie, je dois dire qu'il est des cas de torticolis non permanent, des cas de contracture réelle qui sont assez opiniâtres pour nécessiter la section musculaire, qui est ici alors le meilleur antinerveux.

Ténotomie et orthopédie du cou.

I. TÉNOTOMIE.

Les déviations du cou, et par conséquent de la tête, étant des difformités très choquantes, on a dû de très bonne heure fixer son attention sur leur traitement chirurgical : aussi c'est surtout pour le redressement de ces difformités que la ténotomie a d'abord été appliquée. On trouve dans le *Dictionnaire de chirurgie* de S. Cooper (1) la description de cette opération, et il est dit de couper ou de réséquer un seul faisceau d'abord, et de n'attaquer que si la première opération était insuffisante. Richter, d'ailleurs, avait déjà posé ce principe et voulait qu'on commençât par le faisceau sternal.

Section du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Cette division du sterno-cléido-mastoïdien, avant les travaux tout récents, n'était certainement pas tout-à-fait une opération très fréquente : cependant elle faisait partie du domaine chirurgical, et elle était décrite dans la plupart des livres de chirurgie. Pour la pratiquer, on a suivi les procédés que j'ai décrits dans le premier volume, pag. 130 et suiv., et à la fin du deuxième volume. Ainsi la vraie méthode sous-cutanée a été pratiquée d'abord pour la section du sterno-cléido-mastoïdien; c'est à Dupuytren qu'on en attribue généralement l'honneur. Cependant la méthode qui était le plus sou-

(1) Article *Torticolis*.

Digitized by Google

vent employée consistait à inciser la peau qui recouvre le muscle, et à attaquer celui-ci après ou en même temps. Selon qu'on suit le principe de Tulpius ou de Sartorius, on incise les téguments perpendiculairement au faisceau musculaire, ou selon sa direction : dans ce dernier cas, la section du muscle croise la direction de la division de la peau. Il paraît que M. Magendie, après avoir fait, comme Sartorius, une incision longitudinale à la peau, fut obligé de la transformer en incision cruciale.

On fera bien de ne pas entreprendre à la légère la section du sterno-mastoïdien. Sa face interne ou profonde a des rapports de la plus grande importance, puisqu'elle avoisine la veine sous-clavière et l'artère du même nom, puis la jugulaire interne et l'artère carotide. Sa face superficielle est traversée par des filets du plexus cervical, par la veine jugulaire externe ; d'autres veines encore rampent sur la racine de ce muscle, là où on en pratique la section. Comme la disposition de ces veines est très variable, on ne peut se promettre de les éviter toujours.

On a proposé de couper le muscle dans les divers points de sa longueur ; mais on est généralement convenu, aujourd'hui, d'attaquer sa portion inférieure : là, en effet, on peut ne diviser qu'une racine de ce muscle ; de plus, la clavicule semble le porter en avant et le séparer des gros vaisseaux.

On peut diviser le muscle en allant de sa face cutanée à sa face profonde, ou de la face profonde à la face cutanée.

A. *Premier procédé.* On fait coucher le malade, à moins qu'on n'aime mieux l'asseoir sur une chaise, en ayant soin de lui tenir la poitrine dans un état de demi-flexion. Le chirurgien, placé en face ou de côté, fait avec les deux mains un pli à la peau selon la direction du muscle. Il remet à un aide la partie du pli qu'il tient de la main droite ; de cette main il saisit une lancette avec laquelle il fait une ponction à la base du pli qui correspond au bord externe du tendon sternal du muscle, 14 ou 18 millimètres (six ou huit lignes) au-dessus du sternum. Il quitte la lancette et saisit un ténotome à plat sous la peau jusqu'au côté interne, il en tourne le tranchant mousse, et le glissant en arrière pendant que le pli de la peau est lâché ; il divise ainsi le tendon, en allant des téguments vers les parties profondes. On relâchera un peu le muscle pendant qu'on fait glisser l'instrument au-dessous de la peau ; il convient, au contraire, de le tendre et de le redresser au moment de la section du

Digitized by Google

tendon lui-même. Le bistouri agissant sur un tissu fibreux exactement tendu, le défaut de résistance indique bientôt qu'il n'y a plus rien à diviser, et on n'incline pas le tranchant du ténotome trop loin du côté des vaisseaux profonds du cou.

Pour la division du faisceau claviculaire, il faudrait pratiquer la ponction à 3 ou 4 centim. (1 pouce ou 1 pouce et demi) plus en dehors, et plutôt un peu plus près qu'un peu plus loin de la clavicule. Ce tendon, qu'on diviserait autant de son bord interne à son bord externe, est entouré de moins près que la portion sternale par les veines et les grosses artères.

B. *Second procédé.* Je suppose qu'on veuille diviser le chef sternal du muscle : il peut être saillant au point de pouvoir laisser passer derrière lui le doigt appliqué d'abord sur son côté interne, et qui, coiffé de la peau, tend à se porter vers son bord externe. C'est le doigt médius de la main gauche qui doit servir ainsi en même temps de protecteur des parties profondes et de conducteur du ténotome; la face palmaire de ce doigt est tournée en avant; une ponction est faite à la peau du côté du bord externe du faisceau musculaire; par cette piqûre est introduit à plat un ténotome qui va à la rencontre du doigt protecteur et conducteur (fig. 23); à mesure

Fig. 23.

qu'on enfonce en de dans le ténotome, le même doigt recule devant lui; une fois l'extrémité de l'instrument parvenue au bord

Digitized by Google

interne du muscle, on relève le tranchant contre lui ; à l'instant, on augmente la tension du muscle par un mouvement imprimé à la tête du malade dans le sens opposé à l'inclinaison, et on entend un craquement qui annonce que l'organe rétracté est coupé. Selon M. Bourgery, l'idée de ce procédé appartient à M. Bouvier. Dès que la section est opérée, il se fait comme un vide au niveau de l'écartement qui survient entre ses deux extrémités. La tête peut alors être redressée sans peine.

« Les accidents mentionnés comme suites de la ténotomie du cou sont une ecchymose quelquefois assez considérable, mais qui s'est toujours dissipée promptement chez les malades traités par M. Guérin. M. Dieffenbach, qui dit avoir pratiqué maintenant trente-sept fois cette opération, n'a échoué que dans un seul cas. La jeune fille dont parle M. Fleury tomba dans un état de délire nerveux tout particulier, qui dura environ trois jours, mais dont elle sortit ensuite très rapidement. On voit, en outre, que le jeune homme opéré, le 2 décembre 1837, par M. Guérin, éprouva quelques uns des accidents qui paraissent caractériser l'introduction de l'air dans les veines, mais sans qu'il en soit résulté la moindre suite fâcheuse. La petite plaie s'est toujours cicatrisée dans l'espace de quelques jours. Jusqu'ici il n'a point été question qu'elle ait suppuré, qu'elle ait fait naître d'inflammation au-dessous. L'épanchement, la fluctuation dont parle M. Dieffenbach, et qu'il combat ou prévient par la compression, ne doit point inquiéter (1). »

Section du muscle trapèze. En se durcissant et se rétractant, la portion claviculaire du muscle *trapèze* entraîne la tête vers l'épaule correspondante. M. Stromeyer porta le bistouri, par ponction, sous le bord antérieur de ce muscle, et le divisa des parties profondes vers la peau, chez une jeune fille dont le torticolis n'avait été qu'incomplétement détruit par la section successive des deux branches du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Comme l'opérateur, dit M. Velpeau, n'aurait point pour but en pareil cas de couper toute la largeur du muscle, le bistouri étroit ordinaire, enfoncé par ponction, serait préférable au bistouri boutonné, aux différentes espèces de ténotomes, et je ne vois pas qu'il fût bien important de le faire agir plutôt de la peau vers les parties profondes que dans le sens contraire.

Section du muscle peaucier. Le muscle peaucier, s'épanouissant

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, Paris, 1839, t. I, pag. 585.

Digitized by Google

sur la partie inférieure de la face d'une part, sur le sommet du thorax et de l'épaule de l'autre, pourrait, s'il venait à se rétracter, produire une difformité assez complexe. La lèvre inférieure et la commissure correspondante seraient nécessairement entraînées en bas et en dehors, à cause du muscle risorius. On conçoit que la mâchoire inférieure elle-même tendrait sans cesse à s'abaisser, et que, par suite, la bouche du malade pourrait rester habituellement ouverte; toute la tête, enfin, pourrait être entraînée en avant et de côté. C'est un genre de difformité que Gooch dit avoir rencontré. Peut-être y avait-il chez le malade dont parle ce chirurgien, comme chez celui dont parle M. Lelong, des brides fibro-celluleuses sous-cutanées et quelques coutures inodulaires de la peau, plutôt qu'une véritable rétraction du muscle peaucier. Quoi qu'il en soit, Gooch fendit transversalement la corde anormale, put ensuite redresser la tête, et finit, dit-il, par guérir son malade.

« Si semblable disposition se montrait aujourd'hui, il faudrait avant tout s'assurer qu'il s'agit d'une rétraction musculaire, plutôt que de brides cutanées Dans ce dernier cas, en effet, on devrait ou s'en tenir à l'incision transversale et multiple, ou bien à l'extirpation de la bride.

» Si la difformité dépendait réellement, soit d'une bride cellulo-fibreuse, soit du muscle peaucier, et que la peau fût restée libre d'adhérences au-dessus, les procédés de la ténotomie mériteraient de lui être appliqués. Il conviendrait avant tout de soulever les téguments, afin de les écarter le plus possible de la bride, et que, la ponction étant faite, le bistouri pût glisser dans la couche sous-cutanée jusqu'au-delà du cordon à diviser. Cette manière de faire serait évidemment préférable aux procédés de M. Stromeyer ou de MM. Stœss et Bouvier. Le seul organe qui courût quelque risque dans cette opération serait la veine jugulaire externe; mais il suffit d'y songer pour l'éviter avec certitude. La section de la bride étant opérée sur un ou plusieurs points, il serait pour le moins aussi nécessaire qu'après la section du muscle sterno-mastoïdien d'invoquer le secours des machines ou des bandages pour compléter la guérison et pour redonner à la tête toute la rectitude convenable (1). »

II. ORTHOPÉDIE.

Soit avant d'entreprendre la ténotomie du cou, soit après l'avoir

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, t. I.

Digitized by Google

exécutée, on met en usage des bandages, des appareils pour redresser les difformités ou pour diriger la cicatrisation des parties divisées par l'opération. Pour remplir cette dernière indication, le bandage, dit divisif, peut être très suffisant. Dans les cas où l'action doit être plus continue, plus énergique, il faut avoir recours aux machines. L'appareil de M. Bouvier me paraît alors le plus convenable.

Cet appareil est une modification de la minerve de Delacroix. Voici la description abrégée que M. Bouvier en a donnée (1).

Il est constitué par trois parties essentielles : la ceinture, la couronne et la tige. La ceinture, solidement fixée autour du bassin, sert de base à l'appareil; la couronne destinée à saisir la tête est formée d'une portion de cercle métallique qu'une courroie complète en avant; elle s'adapte exactement à la circonférence de la tête, qu'elle retient en outre au moyen de prolongements appliqués sur l'apophyse mastoïde, et au-devant de l'oreille du côté opposé à la contracture; une courroie qui passe sur le sommet de la tête l'empêche de descendre, et la mentonnière borne son ascension.

C'est dans la tige que réside toute la puissance de l'appareil ; elle porte trois brisures principales: l'une, à la partie inférieure, munie d'une vis sans fin, permet d'incliner la tête de droite à gauche, et de gauche à droite ; la seconde, ou moyenne, est disposée de manière à rendre possible la flexion ou l'extension directe ; la troisième, qui est assez près de la couronne, est construite de façon à rendre le mouvement de rotation facile dans toutes les directions. Une coulisse permet l'allongement de la tige, et sert à exercer sur la tête un effort plus ou moins grand de bas en haut; enfin, une charnière placée près de cette coulisse laisse au malade la liberté de porter la tête en arrière, mais non de la fléchir en avant.

On peut aussi se servir d'un collier, d'un col fait à peu près comme ceux en satin que les hommes portent encore : seulement la carcasse devra être beaucoup plus solide. Je viens de voir chez M. Charrière un de ces colliers; les bords supérieur et inférieur peuvent se rapprocher ou s'éloigner par le moyen d'une clef *ad hoc*. On peut donc varier la hauteur du col. Bien plus, M. Charrière a tellement disposé les supports, que le col peut à volonté être inflexible ou seulement élastique pour permettre certains mouvements de la mâchoire.

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1840, t. IV, p. 578.

Digitized by Google

CHAPITRE II.

LÉSIONS PHYSIQUES DU COU.

Je me bornerai dans ce chapitre à des considérations générales sur le traumatisme du cou, surtout au point de vue du *pronostic*. Les autres lésions physiques, les corps étrangers seront mieux étudiés quand je traiterai des maladies du larynx et de l'œsophage en particulier.

ARTICLE Ier.

Plaies du cou.

Les plaies du cou les plus superficielles, les plus simples, en apparence, peuvent devenir très graves; c'est ce qui est prouvé par un mémoire de M. Dieffenbach, lequel, il faut le dire, a été entraîné à quelques exagérations, pour éveiller sans doute l'attention des praticiens sur des lésions dont ils n'étaient pas, selon lui, assez préoccupés (1). Personne ne conteste les dangers des blessures profondes du cou; cette région, je l'ai déjà dit, placée entre la tête et les autres grandes cavités splanchniques, est parcourue par des canaux, des liens qui établissent les grands rapports de ces cavités: les lésions de ces moyens d'union doivent nécessairement compromettre la vie d'une manière plus ou moins directe, plus ou moins prompte. Le rachis, le pharynx, l'œsophage, le larynx, la trachée, de grosses veines, des troncs artériels, voilà les canaux qui peuvent être ouverts par une plaie du cou qui doit alors être appelée *pénétrante*. Elle pourra non seulement pénétrer dans ces canaux, mais encore dans la bouche, la poitrine, si elle a lieu ou très haut ou très bas.

Les plaies pénétrantes du cou sont graves par ce qui peut s'échapper des canaux ouverts et par ce qui peut y être admis. Je m'explique : l'hémorrhagie par l'ouverture d'une grosse veine ou d'un tronc artériel peut donner lieu à une mort prompte; du sang introduit dans les voies aériennes peut causer l'asphyxie; de l'air pénétrant dans les veines a produit une mort prompte; du pus introduit dans les veines du cou amène une issue aussi fatale, mais moins rapide. La plupart des veines du cou ont leurs parois en rapport

(1) *Archives générales de médecine*, 2e série, tom. V, pag. 235.

Digitized by Google

avec des tissus fibreux; elles restent béantes après leur division, ce qui favorise la pénétration de l'air et du pus dans ces vaisseaux.

L'ouverture ou la division de l'œsophage peut empêcher les aliments d'arriver à l'estomac et déterminer la mort faute d'alimentation, si le blessé échappe aux accidents primitifs.

Si on admettait qu'il circule dans le cordon rachidien et dans les nerfs un fluide, on pourrait dire aussi que leur lésion devient grave par ce qui en sort, car il se ferait une perte nerveuse analogue à une perte de sang.

Les accidents sont plus fréquents, plus graves selon le siége de la blessure. Elle a lieu en avant, ou en arrière, ou sur les côtés; elle a lieu à la partie supérieure, moyenne ou inférieure du cou. En général, les plaies de la région antéro-inférieure du cou sont les plus graves. Là les carotides sont plus rapprochées; devant la trachée existent les artères thyroïdiennes, des veines nombreuses, considérables : l'hémorrhagie est donc plus à craindre. Elle est plus promptement mortelle, parce que les vaisseaux sont plus volumineux, plus voisins du cœur; la compression y est presque impossible et la ligature difficile, en supposant qu'on arrive à temps pour la pratiquer. De plus, au bas du cou, la division du conduit aérien est difficile à réunir; et comme les nombreux vaisseaux qui l'entourent sont ouverts avec lui, le sang peut pénétrer dans les bronches et asphyxier le malade. Ajoutez que l'inflammation de la trachée peut plus facilement se propager du côté des poumons, celle du tissu cellulaire s'étendre au médiastin. Cependant, quant à la gravité plus grande des blessures de la partie inférieure et antérieure du cou, il y a une exception à faire pour la lésion de la moelle épinière : ici, au contraire, plus la plaie sera élevée et moins elle sera antérieure, plus les dangers seront grands. En effet, les expériences des physiologistes et l'observation prouvent qu'il y a une grande différence entre une lésion de la moelle qui a lieu au-dessus de la naissance du nerf diaphragmatique et celle qui est au-dessous, et on sait qu'un instrument piquant peut percer la fossette sous-occipitale de la nuque, passer entre la première vertèbre et l'occipital ou entre la première et la seconde vertèbres, léser la moelle épinière et déterminer une mort prompte. Les infanticides savent parfaitement cela; une grosse épingle suffit quelquefois pour consommer le crime. Ainsi, tandis qu'en haut et en arrière le moindre instrument peut tuer immédiatement le blessé quand on choisit la fossette de la nuque, en

Digitized by Google

haut et en avant du cou, il faut qu'une blessure soit considérable pour causer une mort prompte. D'abord la saillie du cartilage thyroïde arrête ou affaiblit l'action de l'instrument; puis vient la saillie des muscles sterno-mastoïdiens. Ces organes sont surtout protecteurs quand c'est un instrument tranchant qui agit sur le cou. On voit cela chez presque tous ceux qui ont voulu se juguler : le tranchant n'arrive presque jamais aux carotides, il est arrêté par le cartilage, la saillie du larynx. Ou il divise le cartilage, ou il entre dans le pharynx en passant au-dessus de lui et près l'os hyoïde, ou bien il pénètre dans la bouche en divisant les chairs au-dessus de cet os.

D'après ce que je viens de dire sur les caractères, sur le pronostic des plaies du cou, on voit qu'elles exigent les secours les plus prompts. Je n'ai pas à décrire ici les moyens réclamés par les lésions des vaisseaux, je l'ai déjà fait dans mon premier volume où la chirurgie hémostatique est exposée avec détail. Je renvoie aussi au même volume pour le traitement des lésions du système nerveux du cou. Quant aux moyens à opposer aux accidents produits par la lésion des organes de la région autres que les vaisseaux et nerfs, j'en parlerai dans les chapitres qui vont suivre, dans lesquels il sera traité des maladies de ces organes.

CHAPITRE III.

LÉSIONS VITALES DU COU.

Les lésions vitales du cou sont les inflammations superficielles ou profondes, les affections de la peau du tissu cellulaire ou des ganglions.

ARTICLE Ier.

Inflammations du cou.

Il y a une remarque générale à faire ici, c'est que la plupart des inflammations du cou ont leur point de départ à la face ou dans la bouche : ainsi les érysipèles causent beaucoup d'abcès, beaucoup d'adénites. Ces dernières phlegmasies surtout sont dues souvent à des solutions de continuité des ulcérations de la muqueuse qui revêt la bouche.

En général, dans les inflammations du cou, surtout les inflammations superficielles, la tuméfaction est très promptement étendue et considérable, surtout quand ces inflammations sont de mau-

Digitized by Google

vaise nature. Ainsi, quand une pustule maligne pousse dans cette région, sa sphère inflammatoire et œdémateuse s'étend avec une grande promptitude. Quand il a été question du véritable charbon (t. I, pag. 408), j'ai cité le cas si remarquable d'un vieillard qui eut un charbon au cou : en trois heures cette région fut tellement tuméfiée, qu'elle se confondit avec la face. Cependant la partie postérieure du cou, là où on observe assez souvent l'anthrax, cette partie de la région se tuméfie moins rapidement, et la tuméfaction est en général moins considérable.

I. ADÉNITE DU COU.

L'inflammation des ganglions lymphatiques est apparente surtout là où ces organes sont volumineux et nombreux; elle se remarque principalement à la partie supérieure du cou, aux régions sous-maxillaire, parotidienne, ou bien à la partie inférieure et latérale, à la région sus-claviculaire. Les glanglions sont profonds ou superficiels. Il est rare qu'un seul ganglion soit engorgé; il y en a presque toujours un certain nombre; ils sont alors alignés comme les grains d'un chapelet, ou bien ils s'agglomèrent et forment une masse qui semble n'être formée que par un seul ganglion très développé.

Les ganglions augmentent de volume par l'inflammation, ils s'hypertrophient ensuite. L'adénite est le plus souvent, d'autres disent toujours, consécutive à une lésion du cou, de la bouche, du larynx, des bronches, de la tête, de la poitrine. J'ai parlé de cette inflammation dans le premier volume, au chapitre des maladies des lymphatiques. La dégénérescence la plus fréquente de ces ganglions enflammés ou non est la dégénérescence tuberculeuse : on trouve, en effet, beaucoup de tubercules dans les ganglions qu'on extirpe, et beaucoup d'inflammations de ces organes sont dues à l'irritation causée par la matière tuberculeuse; on n'a qu'à voir le pus qu'ils produisent pour se convaincre de cette vérité.

ARTICLE II.

Abcès du cou.

Ces abcès offrent de grandes différences selon qu'ils sont au-dessus ou au-dessous de l'aponévrose du cou, selon qu'ils sont nés dans la région ou qu'ils arrivent d'une région voisine. Plus ces abcès sont

Digitized by Google

volumineux, surtout plus ils sont profonds, plus ils sont graves. En effet, un abcès profond et volumineux suppose une inflammation antécédente très étendue ou une lésion profonde des organes voisins du cou : os, glandes de la bouche, etc. ; ce sont, dans ces derniers cas, de vrais abcès par congestion. Si le pus ne franchissait pas les limites du cou, ces abcès auraient moins de gravité ; mais, malheureusement, quand le pus se forme ou arrive sous l'aponévrose cervicale profonde, il peut fuser dans la poitrine en suivant les gaînes des grands vaisseaux du cou ou le tissu cellulaire qui entoure la trachée ou l'œsophage. Ce qui aggrave encore le pronostic de ces abcès, c'est la difficulté du diagnostic et les dangers des incisions profondes pratiquées au cou. On sait que la fluctuation est difficile quand sur le pus sont plusieurs plans aponévrotiques ; on sait aussi que pour ouvrir ces abcès, on risque de blesser des vaisseaux très importants. Et cependant, en bonne thérapeutique, il faut se hâter de donner issue aux collections purulentes profondes. C'est surtout pour l'ouverture de ces abcès qu'il convient de diviser les tissus qui le recouvrent couche par couche, de déchirer plutôt que d'inciser quand on arrive au fond du cou, de suivre enfin les principes que j'ai exposés tome I, pag. 375.

CHAPITRE IV.

LÉSIONS ORGANIQUES DU COU.

ARTICLE Ier.

Cavités closes. — Kystes.

Les kystes sont assez fréquents au cou : ils offrent une fluctuation comme les abcès, mais ils ne sont précédés ni accompagnés d'aucun phénomène inflammatoire. On peut quelquefois constater leur transparence quand ils sont volumineux et quand le liquide qu'ils contiennent n'est ni trouble ni coloré. Ces kystes doivent avoir souvent pour origine des dépôts sanguins dont le contenu a été transformé en sérosité. Il en est, surtout ceux que l'on remarque à la partie antérieure et supérieure du cou, qui ne sont autre chose que des bourses muqueuses (cavités closes sous-cutanées). Je suis très porté à croire que ce que dit Boyer des tumeurs enkystées qui se développent entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde se rap-

Digitized by Google

porte aux tumeurs formées par les bourses séreuses (1). D'ailleurs voici le passage de Boyer : « Il se forme quelquefois entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, sur la membrane qui les unit derrière un muscle thyro-hyoïdien et le peaucier, une tumeur enkystée contenant une matière visqueuse jaunâtre. Cette tumeur a déjà pris un certain volume avant de devenir apparente, en soulevant les parties qui la couvrent; elle peut subsister pendant fort longtemps sans acquérir un volume considérable et sans causer aucune gêne; mais elle est un objet de difformité, surtout pour les femmes, et les malades désirent en être débarrassés. Comme l'extirpation entière de la tumeur est impossible, on pourrait croire qu'il suffit, pour la guérir, d'en faire l'ouverture avec un caustique ou avec l'instrument tranchant, et de provoquer la suppuration du kyste au moyen des cathérétiques; l'expérience m'a appris le contraire. Dans deux cas de cette espèce, après avoir excité la suppuration du kyste, en le touchant tantôt avec le muriate d'antimoine liquide, tantôt avec l'acide nitrique, j'ai cherché à mettre en contact les parties couvertes de bourgeons charnus, en exerçant de devant en arrière une compression aussi forte que peuvent le permettre la structure des parties et la nature de leurs fonctions. Tous mes efforts ont été inutiles, et l'ouverture est restée fistuleuse. On en conçoit aisément la raison. Pour que des parties couvertes de bourgeons charnus et en suppuration se réunissent, il faut qu'elles se touchent immédiatement; or, la chose est impossible ici : de quelque manière qu'on s'y prenne, il restera toujours un intervalle entre la partie du foyer qui correspond au muscle thyro-hyoïdien et la partie postérieure qui repose sur la membrane thyro-hyoïdienne. » D'après ces considérations, on voit qu'il ne faut pas se déterminer légèrement à ouvrir la tumeur dont il s'agit, et que dans le cas où l'on est en quelque sorte forcé d'en faire l'ouverture en cédant aux sollicitations du malade, on doit le prévenir du résultat probable de l'opération.

Il est d'autres kystes qui ont été appelés par Maunoir, de Genève, hydrocèle du cou (2). Ces kystes sont probablement produits par

(1) Voyez, dans le premier volume, le chapitre qui traite des maladies de ces organes particuliers. En tête de la colonne du tableau de ces organes j'indique le cartilage thyroïde comme siége d'une *cavité close sous-cutanée normale*.

(2) *Mémoires sur les amp., l'hydrocèle du cou*, etc. Genève, 1825, in-8°.

Digitized by Google

des amas de sang dont la partie séreuse est seule restée et autour de laquelle une poche s'est organisée.

Ces tumeurs, très petites dans les commencements, finissent souvent par envahir une grande partie du cou, et par comprimer la trachée au point de gêner considérablement la respiration. Elles se montrent ordinairement sur la partie latérale gauche du cou. Le liquide renfermé dans le kyste est tantôt limpide, tantôt rougeâtre, tantôt couleur café ou chocolat; quelquefois il est verdâtre, et à sa surface surnagent de petites paillettes micacées. On prouve que l'albumine entre dans la composition de ce liquide par la chaleur qui le coagule.

Ces kystes n'ont aucun rapport intime avec la glande thyroïde, comme on le croyait avant M. Maunoir. Après l'évacuation du liquide, on constate, en effet, que cette glande n'a subi aucune altération ni dans son volume ni dans sa consistance. La fluctuation est facile à produire; il est beaucoup plus difficile et plus rare de constater la transparence de ces tumeurs. J'ai déjà dit quelles étaient les circonstances qu'il fallait réunir pour qu'on pût acquérir ce signe.

Pas plus que pour l'hydrocèle, la ponction seule ne produit ici une cure radicale. Il faut encore qu'un corps quelconque irrite les parois du kyste pour opérer leur adhésion mutuelle. Le séton a été, le plus souvent, employé avec avantage. Voici une observation empruntée à O'Beirne; c'est un assez bon exemple sous le rapport du diagnostic, et c'est un double succès par le séton.

Marie Kelly, âgée de soixante ans, portait une tumeur volumineuse au cou; cette tumeur avait commencé treize ans auparavant, et n'avait alors que le volume d'un pois; elle s'était accrue peu à peu, mais depuis deux mois son volume avait augmenté considérablement. Elle s'étendait de la clavicule au buccinateur; sa forme était pyramidale; la peau n'était pas modifiée dans sa couleur, la fluctuation était distincte; il n'y avait aucune pulsation dans sa tumeur, la respiration et la déglutition étaient peu gênées. On fit un pli transversal à la peau, qui fut divisée, ainsi que le peaucier; le kyste se présenta, une ponction fut faite, et il s'écoula une grande quantité de liquide couleur de café. Une sonde armée d'un ruban, conduite par l'ouverture pratiquée jusqu'à la partie déclive de la tumeur, servit à faire une contre-ouverture et à passer le séton. La glande thyroïde n'offrait aucune altération. Un autre kyste situé

Digitized by Google

très profondément sur la carotide fut respecté à cause de sa position; la malade guérit très bien, mais elle revint plus tard pour une autre hydrocèle au cou, située à un pouce au-dessus de la clavicule du même côté, et en fut guérie par le même moyen (1).

M. César Hawkins a publié des observations et des réflexions sur *une forme particulière de tumeur congénitale du cou* (2) qui se rapporte aux kystes dont il est ici question. On vient de voir dans l'observation empruntée à O'Beirne qu'il y avait deux de ces kystes; ici ils sont plus nombreux, et sont congéniaux. Le sujet de la première observation d'Hawkins a huit mois; celui de la deuxième observation a un an; celui de la troisième a trois mois.

Ces tumeurs, ou pour mieux dire ces groupes de kystes, occupent ordinairement la partie supérieure et latérale du cou. Voici d'ailleurs la troisième observation (3). Je la ferai suivre des réflexions d'Hawkins sur le diagnostic. Je choisis cette observation, parce qu'elle a pu être complétée par des détails d'anatomie pathologique. On sait que quand une maladie est peu connue, c'est toujours un grand avantage de pouvoir en faire l'anatomie.

L'enfant avait près de trois mois lorsque les parents vinrent consulter pour la tumeur qu'il portait au cou; il éprouvait de fréquents accès de suffocation; parfois il était réveillé en sursaut par le besoin de respirer; la tumeur, située au côté droit du cou, offrait les mêmes caractères que chez les sujets précédents. M. Hawkins reconnut également la présence de quelques kystes; le reste de la tumeur était mou et élastique, compressible comme un nœvus. Quand l'enfant criait, cette portion devenait plus tendue et plus saillante; il existait sous la muqueuse buccale plusieurs vaisseaux variqueux analogues à ceux qu'on observe quelquefois dans le voisinage des tumeurs sanguines. L'enfant mourut peu de jours après dans un accès de suffocation.

La peau ayant été disséquée, on reconnut que la tumeur avait presque le volume de deux oranges séparées par un sillon profond dû à la pression exercée par le tendon du muscle digastrique repoussé en avant. On constata dès lors qu'il s'agissait d'une agglomération d'un grand nombre de petits kystes. Il s'en trouvait plusieurs centaines variant en volume, depuis celui d'un pois jusqu'à

(1) Dublin journ. 1834, n° 16, et *Archiv. de méd.*, 2e série, tom. II.

(2) *The Medic. chirurgical Review.*

(2) *Gazette médicale*, tom. VIII, 1840, pag. 66.

Digitized by Google

celui d'une noix, étroitement réunis et formés d'une membrane fine, ayant l'aspect du péritoine, couverts dans quelques parties par une couche fibreuse, donnant aux kystes l'apparence d'un péricarde épais; il était difficile d'en isoler quelques uns sans inciser les autres. Dans beaucoup de ces kystes il y avait un liquide transparent; dans d'autres, le contenu était d'une teinte rougeâtre, parfois aussi foncée que celle du sang veineux, mais sans caillot; c'était évidemment une sécrétion colorée.

La mollesse et l'élasticité de la partie saillante de la tumeur provenaient de la flaccidité de certains kystes à moitié remplis. Dans d'autres points ils étaient si distendus, au contraire, qu'on les aurait aisément pris pour des tumeurs solides: cependant il n'y avait d'autres corps ayant ce caractère que deux ou trois glandes absorbantes entremêlées au kyste; la portion de tumeur voisine de l'oreille était recouverte par une couche assez épaisse formée aux dépens de la glande parotide condensée.

La glande sous-maxillaire était repoussée en dehors par d'autres kystes, si bien qu'elle était libre sous la peau, et tous les vaisseaux et nerfs de la base de la mâchoire se trouvaient entourés par quelques kystes qui étaient en quelque sorte entrelacés.

En pénétrant plus profondément, on reconnut que les kystes s'étendaient le long de la partie antérieure de l'épine derrière le pharynx et l'œsophage; quelques uns même atteignaient l'apophyse basilaire; d'autres se portaient en bas jusque vers la sixième vertèbre cervicale. Tout le long du cou, les kystes environnaient l'artère carotide, la veine jugulaire et le nerf vague qui se trouvaient même séparés les uns des autres par de petits kystes développés dans leurs gaînes. Aucun de ces corps n'était uni à l'œsophage et au pharynx; on ne trouva pas d'autre altération autour de la glotte qu'un léger épaississement de la membrane muqueuse.

M. Hawkins fait les remarques suivantes à propos du diagnostic de cette affection: il est évident que les nombreux kystes qui constituaient la tumeur étaient primitivement formés dans le tissu cellulaire commun. Chacun d'eux était analogue à ces petites tumeurs séreuses enkystées qu'on rencontre à tout âge dans plusieurs parties du corps. Pourquoi se seraient-elles formées en si grand nombre avant la naissance? Cela ne peut s'expliquer qu'en admettant une disposition lâche et aqueuse dans le tissu cellulaire du fœtus au cou

Digitized by Google

plus qu'ailleurs, là où je crois qu'en réalité les tumeurs s'observent plus souvent que partout ailleurs.

Le nombre de ces kystes et les divers degrés de consistance des différentes parties qui composent la tumeur provenant, ainsi qu'on peut s'en assurer par la dissection, de la grandeur et de l'état de la tension, et aussi de la position relative de chacun de ces kystes, rendent quelque peu obscur le diagnostic.

Quand ils sont nombreux, pleins de liquide et peu volumineux, ils ressemblent à des glandes hypertrophiées, ou à d'autres corps arrondis; quand ils ne sont qu'à moitié pleins, ils deviennent mous et compressibles; mais dans ces deux cas, l'existence du fluide est difficile à constater, comparativement surtout aux cas dans lesquels il n'existe qu'un petit nombre de kystes plus volumineux.

Il est facile de confondre ces tumeurs avec les loupes graisseuses, d'autant mieux qu'il existe une grande quantité de graisse au-dessous de la peau remplissant les inégalités de la tumeur; elles pourraient également être prises pour un nævus sous-cutané, si souvent développé à la même place, lorsque les kystes sont à moitié remplis. Dans le cas malheureux dont j'ai donné l'histoire (obs. 3) (1), la mollesse et la compressibilité d'une partie de la tumeur, son accroissement par les efforts et l'existence de vaisseaux variqueux vers la joue et la bouche, donnèrent à penser qu'il s'y trouvait aussi des vaisseaux sanguins, quoique la nature, du reste, en fût facilement appréciable. Dans tous les cas que j'ai vus, ajoute M. Hawkins, l'existence du corps globuleux, dont quelques uns renfermaient évidemment un liquide, distinguait cependant cette affection de toute autre tumeur analogue sous le rapport de son apparition dans l'enfance.

Relativement au traitement, on doit, de prime abord, repousser l'excision, quoiqu'elle puisse paraître facile. Cela résulte et de la description anatomique donnée par M. Hawkins, et d'un cas dans lequel M. Arnott crut devoir la pratiquer. La tumeur était bien favorablement placée derrière le muscle sterno-mastoïdien. On ouvrit d'abord un simple kyste; lorsque l'enfant eut un mois, on y revint une seconde fois. Lorsqu'il eut atteint l'âge de cinq mois, on fit une incision pour enlever ce qui semblait être un corps solide, et ce qui cependant n'était qu'une agglomération d'une multitude de petits

(1) C'est l'observation que j'ai déjà rapportée.

Digitized by Google

kystes, comme dans le cas précédent; la tumeur fut suivie jusque sous le muscle sterno-mastoïdien et l'artère carotide, derrière le pharynx. L'excision totale se trouvant impossible, on plaça une ligature autour de sa partie profonde; trois mois après, la ligature n'était pas encore tombée; pendant ce temps il y eut de fréquents érysipèles.

M. Hawkins a formulé ainsi le traitement d'une manière générale : 1° On videra les kystes de temps en temps, à l'aide d'une simple piqûre, afin d'éviter une cicatrice apparente; s'ils sont dans la bouche, la ponction guérit par elle-même, et en évacuant les kystes on favorise l'action des remèdes sur ces derniers. 2° La compression peut être employée après l'évacuation du liquide, spécialement dans quelques régions, comme au-devant de l'oreille, quoique cependant d'une manière générale ce moyen ne soit pas facilement applicable par suite de la gêne qu'il peut apporter à la respiration, à la mastication, à la déglutition. 3° On pourra recourir aux applications stimulantes pour exciter une irritation modérée, mais en ne prolongeant pas la suppuration, afin d'éviter la difformité. Aussi M. Hawkins les cesse-t-il assez promptement, après avoir fait la ponction.

Les applications auxquelles il a eu recours sont : l'onguent d'hydriodate de potasse en frictions avec la main; une solution d'un drachme d'iode, et deux scrupules d'iodure de potassium dans une once d'eau, en frictions sur la tumeur, au moyen d'une brosse de crins de chameau, ou bien une lotion avec un mélange de deux onces d'alcool, six onces de teinture camphrée en applications; enfin on peut avoir recours à une solution de deux drachmes de muriate d'ammoniaque dans deux onces de vinaigre et d'esprit de vin étendu de huit à dix onces d'eau. Le meilleur de tous ces liquides a paru être la teinture d'iode appliquée plusieurs fois avec une brosse; il en résulte une desquamation de l'épiderme; quant à la teinte spéciale communiquée par l'iode, elle disparaît au bout d'un certain temps.

Du reste, ce traitement est en général fort long, puisque M. Hawkins en a vu rarement la fin.

Il est évident que les injections iodées paraissent ici indiquées, et elles réussiraient si le kyste n'était pas multiloculaire, ou pour mieux dire si au lieu d'un kyste il n'en existait pas un grand nombre.

Digitized by Google

ARTICLE II.

Loupes du cou.

On trouve assez fréquemment des loupes à la partie supérieure et antérieure du cou, sous le menton. Leur diagnostic, leur traitement, n'offrent point de difficultés. A la région postérieure et supérieure du cou, à la nuque, on rencontre aussi des loupes, des athéromes, quelquefois des tumeurs fibreuses qui envoient des prolongements entre les couches musculaires; il en est de ces racines qui vont très profondément s'attacher aux apophyses transverses des vertèbres du cou. Il n'est pas sans danger d'opérer ces dernières tumeurs; elles ont quelquefois été suivies de phlébite, d'érysipèle phlegmoneux, accidents qui ont amené la mort des opérés.

ARTICLE III.

Anévrismes, varices, tumeurs érectiles du cou.

Les tumeurs formées par les grands troncs vasculaires sont nécessairement influencées par les divers états de la circulation; il en est qui le sont par les changements dans la respiration. Ainsi, les anévrismes des carotides offriront des mouvements plus prononcés quand la circulation sera activée; et s'ils offrent un bruit, un susurrus, il sera plus marqué dans ce moment. Les tumeurs dans lesquelles entreront pour beaucoup des veines variqueuses, celles qui seront dues à des tumeurs érectiles de l'espèce veineuse deviendront plus tendues, plus volumineuses par les efforts d'expiration.

Il est des tumeurs du cou qui pourront offrir des battements comme les anévrismes; mais ces battements, on ne les observera pas sur tous les points de la tumeur; il n'y aura donc pas dilatation de celle-ci. Si on peut déplacer la tumeur en la portant un peu plus en dehors, les battements cesseront, si c'est une tumeur développée sur l'artère; si, au contraire, il s'agit d'un anévrisme, les battements continueront, quel que soit le déplacement de la tumeur.

ARTICLE IV.

Tubercules et cancer du cou.

C'est surtout à la région du cou que les tumeurs malignes sont communes : on les dit composées; en effet, la masse est mêlée de tubercules et de plusieurs formes de cancer. C'est principalement la

Digitized by Google

dégénérescence tuberculeuse qui domine d'abord ; elle est la première à se produire. Elle se remarque au milieu des ganglions, les envahit ensuite en entier, puis la matière tuberculeuse se répand dans le tissu cellulaire et même dans les muscles. Mais à cette matière se joint souvent la matière encéphaloïde, et cela plus tôt qu'on ne pourrait le supposer. Quand c'est par le cancer que la tumeur débute, c'est souvent par extension d'un cancer de la face qui envahit les ganglions sous-maxillaires et même la glande de ce nom ou la parotide.

SECTION VINGT ET UNIÈME.

MALADIES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE-ARTÈRE (1).

CHAPITRE PREMIER.

LÉSIONS PHYSIQUES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE-ARTÈRE.

Après les plaies, dont je pourrai traiter brièvement, après ce que j'ai déjà dit sur le traumatisme en général et celui du cou dans la précédente section, j'écrirai un article important sur les corps étrangers du larynx et de la trachée-artère.

ARTICLE Ier.

Plaies du larynx et de la trachée-artère.

Les plaies un peu étendues du conduit aérien ont des effets primitifs qui leur sont communs : 1° il y a toujours sortie de l'air par l'ouverture accidentelle ; 2° le plus souvent il y a une hémorrhagie assez abondante ; 3° moins fréquemment du sang tombe dans le tube ouvert : de là toux, difficulté de la respiration et même suffocation. Ces accidents en entraînent un autre, la stase du sang dans les veines et une hémorrhagie par ces vaisseaux. La forme, la direction de la plaie, sa profondeur, la hauteur à laquelle elle se trouve, modifient ces accidents et peuvent en produire d'autres.

Si un instrument piquant a atteint le larynx, il y a presque toujours emphysème par l'absence de parallélisme entre la solution de

(1) Pour désigner ces deux organes, je dirai souvent tube ou conduit aérifère, et quelquefois seulement larynx

Digitized by Google

continuité de la peau et celle du conduit aérien. Si l'ouverture de celui-ci est peu considérable, l'emphysème sera peu étendu : aussi de simples réfrigérants et des résolutifs feront disparaître la tumeur. Mais si l'ouverture profonde est considérable; si, au lieu d'une piqûre d'un fleuret, c'est une épée plate, la pointe d'un sabre ou d'une baïonnette qui ont blessé le larynx, l'air sort en abondance et impétuosité, il peut s'infiltrer au loin et distendre une grande partie du corps. On conçoit qu'alors le danger sera plus grand, et qu'il peut devenir nécessaire de débrider largement la plaie extérieure pour faciliter l'issue de l'air. Un pareil débridement paraît encore être nécessité dans des cas de simples piqûres, mais avec lésion d'une artère dont le sang se précipiterait dans le larynx. Il serait alors nécessaire d'inciser largement pour découvrir le vaisseau, le lier; s'il y a possibilité, pour donner issue au sang introduit dans le larynx ou l'aspirer, comme M. Roux l'a fait une fois avec succès.

Les plaies par instrument tranchant sont longitudinales ou transversales, ou obliques : ces dernières sont presque toujours le résultat d'un suicide; jamais alors l'instrument n'aura une direction complétement transversale. Les plaies longitudinales sont facilement réunies; on tient leurs lèvres rapprochées avec des agglutinatifs. Les plaies transversales ou un peu obliques produisent des phénomènes différents, selon la hauteur à laquelle elles ont été produites. Si la plaie a lieu entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, et qu'elle soit profonde, elle laisse la glotte intacte : aussi la voix est encore possible, mais elle est considérablement gênée. Cette plaie pénètre dans le pharynx; aussi peut-elle donner issue aux aliments, aux liquides avalés. Si le larynx lui-même est atteint, si les cordes vocales sont lésées, si la trachée est ouverte, la voix est complétement abolie tant que la plaie n'est pas réunie. Il y a une exception dans la science. M. Reynaud, de Toulon, a observé un forçat qui s'était coupé complétement le larynx au-dessous des cordes vocales. La partie supérieure de cet organe fut oblitérée. La partie inférieure communiquait avec le pharynx. La peau du cou se réunit à la paroi antérieure de ce dernier conduit, et cependant le blessé parlait encore (1).

La résistance des cartilages du larynx, l'obliquité de la plaie faite

(1) Voyez *Journ. hebd. univ.*, tom. III.

Digitized by Google

par celui qui attente à sa vie, l'instinct conservateur qui retient sa main, font que, dans le plus grand nombre des cas, les plaies du larynx n'ont pas une grande étendue, une grande profondeur. Cependant on a vu des malheureux attenter à leur vie avec une espèce de fureur, et couper, en même temps, et toute la trachée et l'œsophage. Dieffenbach a observé un de ces cas. Chose remarquable, les carotides avaient été épargnées! Le forçat dont je viens de parler s'enfonça un bistouri dans le cou, de manière à diviser le conduit aérien d'arrière en avant. Il le fit avec un plein succès. Dans la division complète de la trachée, il arrive quelquefois que le bout inférieur de ce conduit s'enfonçant dans les chairs, n'est plus en rapport avec la plaie extérieure, l'air ne pénètre pas dans les poumons, et l'asphyxie a lieu. C'est dans ce délire de suicide dont je viens de parler qu'on observe des plaies multiples du larynx. Le malheureux se frappe coup sur coup, et il tourne l'instrument dans la plaie; on voit alors des fragments de cartilage attenant aux parties molles.

Les plaies du larynx par armes à feu ont quelque analogie avec ces plaies multiples, mais elles sont beaucoup plus tôt compliquées d'un gonflement considérable qui produit quelquefois la suffocation.

Si la plaie transversale du larynx est peu étendue, après avoir lié les vaisseaux qui ont pu être divisés, on fléchira la tête en avant, on la maintiendra ainsi avec un bandage, et la réunion ne se fera pas attendre. Mais il n'en sera pas de même si la plaie est large; alors se présentent plusieurs difficultés : si on fléchit trop la tête en avant, les bords de la plaie se renversent en dedans, les deux surfaces épidermiques se touchent, et la réunion est impossible; si la tête n'est pas assez fléchie, la plaie reste béante, elle ne se réunit pas, elle s'enflamme, le larynx aussi; de plus si la plaie est basse, cette inflammation se propage facilement aux bronches. Il faut alors employer la suture, qui maintiendra les bords de la plaie dans des rapports voulus pour une bonne réunion.

Si la plaie est multiple, si elle est mâchée, s'il y a des portions de cartilages détachées, la suture est moins facile à pratiquer, elle réussit moins souvent. On pourrait, dans ces cas, égaliser la plaie autant que possible avant de la réunir. Dans tous les cas, on devra faire concourir à la réunion la position et les agglutinatifs.

On n'oubliera pas les antiphlogistiques pour prévenir et combattre l'inflammation occasionnée par de pareilles plaies. Quand elles sont le résultat d'un suicide, il y a un état de démoralisation

Digitized by Google

qui constitue une grave complication. Si on a le pouvoir d'agir moralement, on devra le faire. Si le *delirium tremens* survenait, le laudanum en lavement devrait être employé.

ARTICLE II.

Corps étrangers du larynx et de la trachée-artère.

Voies d'introduction. Avant tout je dois indiquer par quelles voies les corps étrangers arrivent dans le larynx et la trachée-artère : 1° le plus souvent ils entrent par la glotte ; au moment de l'inspiration, cette ouverture s'agrandit, il s'opère un vide dans la poitrine, et les corps étrangers, après avoir franchi la bouche, se précipitent dans les voies aériennes ; 2° ils arrivent aussi par une ouverture accidentelle du tube aérien, par une plaie ou toute autre solution de continuité : ainsi, la trachée peut être ulcérée par un abcès, un anévrisme voisins. Je citerai plus tard le cas d'une carie des cartilages du larynx avec ulcération de la peau, ce qui constitua une fistule qui aurait pu donner passage à un corps étranger ; 3° les corps étrangers peuvent arriver dans le larynx par les bronches ; ce sont des tubercules, des concrétions calcaires qui, détachés des poumons, sont portés dans la partie supérieure du tube aérien par un effort d'expiration : il peut même arriver que des abcès du foie s'ouvrent dans les poumons, et que le pus, passant des bronches dans la trachée, détermine les accidents propres aux corps étrangers ; 4° les corps étrangers peuvent être engendrés dans le conduit aérien lui-même : ce sont des produits morbides formés dans les tissus qui entrent dans la composition de ce conduit : ainsi du pus formé dans l'espace triangulaire et celluleux de la base de l'épiglotte tombe quelquefois dans le larynx ; ou bien ce sont ces tissus eux-mêmes qui, mortifiés, se détachent et tombent dans ce conduit : ainsi des portions d'un cartilage ossifié et qui s'est nécrosé ensuite. De fausses membranes tapissent souvent la muqueuse des voies aériennes ; sur elles s'élèvent aussi des végétations vénériennes, croissent des tumeurs polypeuses, etc. ; il y a même dans la science des faits de calculs formés dans les ventricules du larynx.

Voilà des corps étrangers d'origine et de nature différentes, ce qui fait présumer de grandes différences pour les résultats. En effet, il n'y a pas parité, pour les suites, entre un corps étranger venu de dehors, pénétrant par la glotte comme une parcelle d'aliments,

Digitized by Google

comme un haricot, et le corps étranger qui est produit dans le larynx, celui qui vient de la poitrine ou qui pénètre par une solution de continuité quelconque. Dans le premier cas, l'affection est simple; si le corps étranger ne séjourne pas depuis longtemps, une fois expulsé, tout doit rentrer dans l'ordre; dans le second cas, au contraire, il y a toujours une complication : c'est une maladie du larynx, de la trachée, avec ou sans lésion des organes environnants, c'est une maladie des poumons avec ou sans lésion des parties qui les entourent. Après l'expulsion du corps étranger, reste donc une maladie : c'est même quelquefois sous son influence que le corps étranger a été produit et qu'il se renouvellera peut-être. Ainsi, la phthisie n'est pas guérie, parce qu'un tubercule a été expulsé, et les affections chroniques du larynx ne sont pas jugées par cela seul qu'une portion de cartilage nécrosé a été éliminée dans un effort d'expiration.

Variétés. A la rigueur, il n'y a de véritables corps étrangers que ceux qui viennent de dehors, c'est-à-dire ceux de la première catégorie; les autres appartiennent à l'organisme, ou ce sont des produits morbides. Cette différence doit être notée avec soin pour le pronostic. Comme on le pense bien, il sera surtout question ici des véritables corps étrangers, de ceux qui appartiennent à la première catégorie.

Je ne parlerai ici que des corps étrangers liquides et solides.

1° *Corps étrangers liquides.* Les corps étrangers liquides qui pénètrent dans le larynx et la trachée-artère sont : le sang, le pus, les tubercules ramollis, l'eau et les aliments liquides.

Le sang vient des poumons quand il y a apoplexie pulmonaire ou un anévrisme qui, voisin des bronches ou de la trachée, s'est rompu dans ces canaux; ou bien ce liquide provient d'une plaie des poumons ou des conduits qui lui transmettent l'air.

Le pus vient d'une vomique ou d'un abcès du foie qui a été ouvert dans les poumons, après adhérence des deux faces du diaphragme et ulcération de cette cloison. Le pus peut être formé aussi dans les parois du larynx, au-dessus de la glotte (1), dans un organe voisin de ce conduit qui a été ulcéré et dans lequel le pus a été versé.

(1) J'ai observé un cas d'abcès dans les replis arythéno-épiglottiques qui s'est ouvert dans le larynx et a suffoqué le malade.

Digitized by Google

La matière tuberculeuse liquéfiée vient des poumons, quelquefois peut-être des bronches et même du larynx.

L'eau de l'amnios peut être introduite dans le larynx d'un nouveau-né au moment où il respire pour la première fois.

Une grenouillette très volumineuse peut s'ouvrir spontanément, et le liquide qu'elle contient, de la bouche passer dans le larynx.

L'eau ordinaire et les aliments liquides peuvent y arriver quand on boit *de travers*, comme on le dit vulgairement. Ces liquides peuvent aussi être introduits par une solution de continuité de la partie supérieure du tube digestif qui correspondrait à une autre solution des voies aériennes. Ce qu'il y a de remarquable, c'est le passage des boissons et même de certains aliments dans le larynx, dans certains cas de trachéotomie. J'ai observé ce phénomène chez un enfant opéré de la trachéotomie à l'hôpital de Lourcine en 1841.

Les liquides introduits en petite quantité dans le tube aérifère sont facilement expulsés par la toux : une partie est absorbée; ils ne peuvent causer de graves accidents. Ainsi, rien de plus fréquent et de moins dangereux que le passage d'une petite quantité de boisson dans le larynx. Il en est autrement quand il y a pénétration d'une grande quantité de liquide, surtout quand ce liquide sort d'une tumeur, car alors il existe une lésion qui aggrave encore la position du malade: c'est un anévrisme qui a fait irruption, c'est une vomique qui s'est ouverte, etc.

La présence des liquides dans le tube aérien produit des symptômes analogues à ceux produits par les corps solides. Comme ils interceptent plus ou moins l'air, qu'ils l'empêchent de pénétrer dans les poumons, ils doivent produire une suffocation plus ou moins marquée. Je parlerai plus tard de ces symptômes. Les liquides, en particulier, donnent lieu à un râle muqueux à plus ou moins larges bulles que l'on entend quelquefois à une certaine distance, et qu'il est toujours possible de constater par l'auscultation.

Le traitement se compose de deux parties : 1° arrêter la source du liquide; 2° l'expulser du larynx. La première partie ne peut être traitée ici; ce n'est pas le lieu de parler de la thérapeutique des abcès qui se forment plus ou moins près du larynx, de parler des moyens à diriger contre la phthisie, contre les anévrismes, etc. Quant à l'expulsion des liquides contenus dans le larynx, elle est ordinairement spontanée; on peut la favoriser par des opérations pratiquées sur le tube aérien. Ce sont les différents procédés de

Digitized by Google

laryngo-trachéotomie qui seront décrits dans un article à la fin de ce chapitre.

2° *Corps étrangers solides.* Le nombre des corps étrangers solides trouvés dans le tube aérien est vraiment prodigieux et très varié. Ce sont des haricots, des noyaux de cerise, des cailloux, des calculs, des moules de bouton, de petits projectiles, des pièces d'or, d'argent, des fragments d'os, de verre, des morceaux de noix, de châtaigne, de la charpie, de l'étoupe, des pilules, des morceaux de sucre, des aliments mâchés ou revenant de l'estomac, des mouches, des vers lombricoïdes; on a même parlé d'une mâchoire de maquereau.

Comme on le voit, tous ces corps n'ont pas la même forme, ils ne sont pas également solides, et il y en a qui subissent des changements pendant leur séjour dans le larynx.

Ces corps étrangers parviennent ordinairement dans le larynx par son ouverture naturelle ou par une ouverture anormale. Il en est qui viennent des poumons; ce sont des concrétions calculeuses qui peuvent bien être des tubercules pétrifiés. Il en est qui se forment dans le larynx : ainsi les calculs observés par M. Pravaz, les séquestres des cartilages nécrosés.

Que l'on veuille recevoir dans la bouche un corps lancé dans l'air, on porte la tête en arrière; de cette manière, le trajet de la bouche au larynx est redressé; si en même temps on fait une forte inspiration, la glotte s'ouvre largement, et si le corps est lourd et peu volumineux, il se précipite dans le larynx. C'est ainsi que pénétra la pièce d'or que venait de gagner un bouquiniste et qu'il envoya dans sa bouche pour montrer à son camarade qu'elle était destinée à être *mangée.* Au moment du vomissement, si on ferme la bouche, les matières peuvent passer dans le larynx; c'est ce qui arriva à un infirmier de l'hôpital de la Charité, qui, gorgé de vin, allait vomir quand il aperçut Corvisart; il ferma alors la bouche pour cacher les preuves de son indigestion; mais les matières passèrent dans le larynx, et le malheureux fut immédiatement asphyxié. Une forte préoccupation, la toux, le rire, survenant au moment de la déglutition, peuvent produire le même résultat. Une paralysie du pharynx, des autres organes qui servent à la déglutition, a un effet semblable. J'ai parlé de l'ouverture de la trachée faite pour un croup, comme cause de suffocation, et à la suite de laquelle j'ai vu passer des aliments dans le larynx.

Digitized by Google

Une fois introduits dans le tube aérien, tous les corps étrangers ne se comportent pas de la même manière, car j'ai dit tantôt qu'ils offrent beaucoup de variétés. Il en est de ronds et de très solides; ceux-là ont une tendance à changer de place, s'ils ont un petit volume; de la glotte, ils peuvent aller dans les ventricules du larynx, dans la trachée, dans les bronches. Ceux qui représentent un disque, les pièces de monnaie, se meuvent aussi : selon la manière dont elles s'inclinent, elles peuvent rendre la suffocation plus ou moins forte. Les corps qui se meuvent et se déplacent donnent surtout lieu à ces intermittences dans la suffocation que j'indiquerai plus tard.

Il est des corps anguleux aigus (fragments de verre, d'os, épingles, mâchoire de maquereau) qui ne se meuvent et ne se déplacent pas, ou du moins ce n'est que quand il y a ulcération des parties dans lesquelles ils sont implantés.

Ces deux premières catégories ne subissent ordinairement aucune modification dans leur volume pendant leur séjour dans le larynx. Il en est qui se fondent ou se gonflent par l'humidité de cet organe : ainsi les morceaux de sucre se fondent, il en est de même de certaines pilules, ce qui est avantageux. Les haricots se gonflent, occupent ainsi plus d'espace, ce qui est un accident. Il en est qui peuvent se briser au moment où on en fait l'extraction : ainsi, les perles de verre. Les corps vivants sont en même temps mobiles, et subissent des modifications par leur séjour dans le larynx. On parle d'une sangsue qui, en se gorgeant de sang, asphyxia promptement le malade. Les vers qui, de l'estomac, remontent dans l'œsophage et pénètrent dans le larynx, finiraient par y mourir; mais, avant, ils font périr le malade.

Symptômes et diagnostic. Voici les symptômes observés chez les sujets qui ont un corps étranger dans le tube aérien : je dirai d'abord qu'on a vu la suffocation être immédiatement portée au point de feire périr le malade; exemple, le fait déjà cité et observé par Corvisart. D'autres fois, le corps étranger est chassé au moment même de son entrée, sans trouble aucun de la respiration. On a remarqué que le corps étranger était expulsé d'autant plus facilement qu'il était plus rapproché des bronches. L'explication satisfaisante de ce fait est encore à trouver. Dans le plus grand nombre des cas, il y a une toux violente, rude, convulsive, avec menace de suffocation; la voix est rauque ou éteinte. Il y a anxiété, et souvent le malade

Digitized by Google

est saisi d'effroi. Une douleur se manifeste dans le trajet du conduit aérifère; elle se localise quelquefois au point d'être bien indiquée par le malade qui y porte la main. Il s'y joint parfois des crachats écumeux et sanguinolents; ce doit être surtout quand le corps étranger pique le larynx par ses aspérités. On a observé des difficultés dans la déglutition; d'autres fois, au contraire, c'était dans le vomissement, les matières sont arrêtées par le corps étranger. Aux symptômes les plus effrayants succède parfois un calme complet. Il arrive aussi que la douleur ne cesse pas tout-à-fait, qu'il reste un peu de difficulté dans la respiration et un peu de râle sibilant. Ce calme ne dure pas toujours. Après un temps variable, les accidents éclatent de nouveau : la toux, le rire, un mouvement brusque, provoquent les accès, ou ils se renouvellent sans cause connue; alors on voit le malade agité par des mouvements convulsifs, sa face devient violacée, ses yeux sont larmoyants, les veines du cou, du front sont gonflées; à chaque mouvement d'expiration la saillie du conduit aérifère augmente; enfin les membres se refroidissent, le malade perd connaissance, et souvent il expire sous cet accès. S'il résiste, c'est pour en attendre d'autres auxquels il succombera, à moins que, par extraordinaire, le corps étranger ne soit chassé par une forte toux, en entier, ou après avoir subi une division ou une espèce de dissolution. Quand il n'est pas chassé et que les efforts d'expulsion deviennent toujours plus énergiques, il se fait dans les poumons une accumulation d'air qui distend les petites bronches et les cellules qui entrent dans la composition du parenchyme; il y a emphysème pulmonaire. L'air des poumons peut passer dans les médiastins, de là au cou qui se gonfle; ou bien, après une rupture de la plèvre, l'air s'épanche dans la poitrine; il se forme un pneumo-thorax.

Les différences que le conduit aérien présente dans ses diamètres, sa forme et sa senbilité; les différences dans la forme, la direction, le siége des corps étrangers, servent à expliquer les exaspérations, les espèces d'intermittence, de rémittence qu'on observe dans les symptômes. Ainsi la glotte étant très sensible et peu spacieuse, un corps qui y est engagé doit facilement produire la suffocation, surtout si on ajoute la contraction des muscles sollicités par la présence du corps étranger. Un corps d'un petit volume peut se cacher dans les ventricules du larynx et rester longtemps innocent. Dans la trachée, il y a moins de sensibilité, plus d'espace que dans la

Digitized by Google

glotte, les corps étrangers y sont moins dangereux. S'ils tombent dans une des bronches, comme l'autre reste libre, elle fonctionnera et les accidents seront moins graves que si le corps étranger reste dans la trachée. On voit donc que si le corps est mobile, s'il monte et descend dans le tube aérien, il peut alternativement causer des accidents graves ou une simple gêne de la respiration. Sans changer de place, par un mouvement particulier, il peut tour à tour empêcher ou permettre le passage de l'air : c'est ce qui arrive aux pièces de monnaie ; quand elles sont placées de champ, elles permettent le passage de l'air, plus elles s'inclinent, plus elles diminuent la colonne d'air ; si elles deviennent presque horizontales, l'air ne peut plus passer.

Malgré ce que je viens de dire et ce qui va être dit, le diagnostic des corps étrangers en question est quelquefois très difficile, et la science a enregistré et enregistrera encore beaucoup d'erreurs à cet endroit.

Quand le corps étranger occupe la partie supérieure du larynx, l'exploration directe par le doigt peut servir à constater sa présence. Dans le *Journal hebdomadaire* (1), on parle d'une arête de poisson implantée à la partie supérieure du larynx. Dupuytren put la toucher avec l'index introduit dans la bouche. Mais comme le même chirurgien put aussi l'extraire avec une pince à pansement, laquelle est droite, il est probable qu'elle n'était pas bien profondément située.

Il suffit à Lamartinière d'une petite ecchymose comme la piqûre d'une puce et d'une légère élévation au cou pour reconnaître la présence d'un corps étranger ; il incisa sur cette élévation pour procéder à l'extraction d'une épingle.

Quand c'est par une plaie du larynx que le corps-étranger a été introduit, cette solution de continuité peut servir à l'exploration : si une partie du corps étranger est restée dehors, il sera encore plus facile de le reconnaître et de l'extraire.

Quelquefois le malade indique parfaitement avec la main le siége du corps étranger, car là existe une douleur constante ; il est rare que cette douleur manque quand les autres symptômes sont absents. Le bruit respiratoire offre toujours quelques modifications. Certains bruits, certains mouvements perçus par le chirurgien peuvent singulièrement aider le diagnostic. Ainsi, une jeune fille de

(1) Tome VII, pag. 46 et suiv.

Digitized by Google

huit ans avait un haricot dans la trachée-artère; Dupuytren, appliquant l'oreille sur la région antérieure du cou, « entendit un grelottement d'une nature particulière, le choc d'un corps étranger situé dans la trachée-artère. Ce choc pouvait être facilement apprécié en écoutant simplement le bruit respiratoire (1). » M. Namera dit qu'on entend le bruit d'une petite pierre qui va et vient (2). Un sujet de cinq ans avait dans la trachée une perle de verre; observé par Boyer au moment de l'intermittence, il n'éprouvait aucun symptôme alarmant: seulement, de temps à autre, la respiration était un peu gênée. *Un moment, la main appliquée au devant du cou fit percevoir un léger bruit que l'on pouvait rapporter aux mouvements d'allée et de venue du corps étranger agité par l'air*, dans les mouvements d'inspiration et d'expiration (3).

On ne négligera pas les antécédents, en se rappelant les fréquentes erreurs de témoignage commises par les assistants et les malades, surtout quand ce sont des enfants qui sont interrogés. Cependant, si la toux convulsive, la suffocation, surviennent immédiatement après que le sujet aura avalé quelque aliment ou un objet quelconque, on s'enquerra de son volume; si on dit qu'il est petit, il est probable que le corps est dans le larynx; si son volume est considérable, sans aucun rapport avec l'ouverture du larynx, on sera porté à admettre que le corps étranger est dans l'œsophage ou dans la partie inférieure du pharynx. Cependant, un corps d'un petit volume peut être retenu dans l'œsophage ou le pharynx, s'il est hérissé d'aspérités : mais par cela même qu'il est petit, il ne comprimera pas les voies aériennes et ne produira pas les symptômes qui viennent de ce côté. Quand il y a une tumeur bien prononcée, bien circonscrite au cou, il est très probable que le corps étranger est dans l'œsophage. Dans tous les cas, on devra pratiquer le cathétérisme de ce canal pour lever tous les doutes.

Cette intermittence, dont j'ai déjà parlé plusieurs fois, est une cause fréquente d'erreur. Dans les moments de calme, quand l'enfant se livre à ses jeux et qu'il ne se plaint d'aucune manière, com-

(1) *Journal hebdomadaire*, tome VII, page 45.

(2) *Dublin hospit. Reports*, vol. V, page 592.

(3) *Journal hebdomadaire*, tome II, page 269. Boyer dit que c'est la main qui fit percevoir un léger bruit; ainsi, c'est la main qui *entendit*. Voyez au commencement de mon premier volume le chapitre sur l'usage des sens dans le diagnostic.

Digitized by Google

ment pouvoir se persuader qu'il recèle un ennemi qui peut d'un moment à l'autre le frapper de mort?

Pronostic. L'effet des corps étrangers n'est pas toujours aussi fatal. Voici, d'ailleurs, ce qui peut arriver : 1° la mort peut survenir, comme je l'ai déjà dit, immédiatement après l'introduction du corps ou après quelques jours de séjour, quand par le gonflement des tissus ou par la position, la direction du corps, l'air est tout-à-fait intercepté; 2° ou bien le corps étranger n'interceptant pas en entier le passage de l'air, a diminué le volume de sa colonne; la quantité d'air étant insuffisante pour entretenir longtemps la vie, elle s'éteint peu à peu par une espèce d'asphyxie lente.

Il y a des exemples de corps étrangers qui sont restés innocents pendant plusieurs mois, pendant un, deux, jusqu'à dix-sept ans : c'est le fait de Sue; le corps étranger était un croupion de poulet.

Par un séjour prolongé, les corps étrangers déterminent des lésions différentes, selon leur siége et leur nature. C'est quelquefois une inflammation chronique qui épuise le sujet; quelquefois une ulcération avec carie des cartilages, perforation du larynx ou de la trachée, formation d'un abcès au cou, élimination du corps étranger. Ce corps s'arrête quelquefois aux bronches, qui subissent les mêmes modifications pathologiques. Il en est qui, tombés dans les poumons, ont été accusés de produire la phthisie; il en est qui ont atrophié ces parenchymes; d'autres ont produit une vomique, ils ont été rejetés avec le pus. On a cru un instant à la guérison; mais ces espérances se sont évanouies, et le sujet a fini par succomber.

Tout ce que je viens de dire prouve que le pronostic sera généralement grave et toujours réservé. Des différences sont apportées par l'âge du sujet, sa sensibilité, par la nature, le volume du corps étranger, la place qu'il occupe.

Chez les enfants qui ont les voies aériennes étroites et très sensibles, les accidents seront plus prompts et plus graves.

Il y a une différence entre un corps étranger contenu dans un ventricule du larynx et celui qui est interposé entre les lèvres de la glotte. Le corps qui a franchi la glotte cause moins d'accidents; quand il est dans une bronche, il est moins nuisible encore que dans la trachée-artère. Mais, par compensation, il est plus facile de l'extraire par la trachéotomie quand il est dans ce dernier conduit. J'ai déjà dit qu'un corps qui se gonfle par l'humidité du larynx est plus dangereux que celui qui ne change pas de

Digitized by Google

volume; celui qui, au contraire, se dissout dans les mucosités est bien moins à craindre.

Traitement. Une fois qu'il est bien constaté qu'un corps étranger existe dans le tube aérien, il faut aller à sa recherche et l'extraire. Les vomitifs, les sternutatoires, l'huile, tous ces moyens ont obtenu quelques succès, c'est-à-dire qu'après leur emploi des corps étrangers ont été éliminés. Mais ces succès mêmes ont été la cause de beaucoup de revers : ils ont engagé certains chirurgiens à temporiser ou à employer une médication indirecte, et pendant ce temps le malade est mort ; ou bien il s'est opéré des déplacements du corps étranger ou des lésions du tube aérifère qui ont compromis l'opération à laquelle on s'est décidé trop tard.

Ce qui fait temporiser, ce sont les moments de calme dont j'ai parlé plusieurs fois. Si ce calme est complet, si on ne possède pas de renseignements certains sur l'introduction du corps, et si des crachats nombreux ont été rendus et qu'on n'ait pas pu les explorer, on est autorisé à attendre ; mais il faut, avant cela, s'assurer qu'il n'y a aucun bruit anormal dans le larynx, aucune douleur. D'ailleurs, je reviendrai sur cette question avant de décrire les diverses opérations proposées pour extraire les corps étrangers.

CHAPITRE II.

LÉSIONS VITALES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE-ARTÈRE.

Je n'ai pas à traiter amplement des lésions vitales du conduit aérien ; c'est la tâche des livres de médecine.

Je me bornerai à quelques traits concernant le diagnostic différentiel des inflammations du larynx et de la trachée-artère.

ARTICLE Ier.

Inflammations du larynx et de la trachée-artère.

Les inflammations de ces organes sont franches, ou pseudo-membraneuses et œdémateuses.

I. INFLAMMATIONS FRANCHES. — LARYNGITE ET TRACHÉITE.

Il s'agit ici de l'angine laryngée et de l'angine trachéale proprement dites. Dans la première, la dyspnée est plus forte, l'anxiété plus marquée ; la voix est toujours très altérée par l'inflammation

Digitized by Google

du larynx, elle est rauque, aiguë, sifflante. Dans la trachéite, elle subit peu de modifications, ou bien elle ne s'altère que par intervalles, lorsque le fluide sécrété par la trachée s'accumule dans le larynx; mais, après avoir fait expectorer le malade, la voix revient souvent avec toute sa pureté. Dans ces deux cas, la toux est fréquente, douloureuse, et elle prend le caractère de la voix; l'expectoration est en général muqueuse, mais elle est plus souvent mêlée de pus dans l'angine laryngée. Dans celle-ci, l'inspiration est plus difficile; elle est plus douloureuse dans la trachéite. Dans les deux cas, l'auscultation fait reconnaître un râle muqueux d'autant plus évident que le liquide qui le détermine est plus abondant et moins épais; ce râle s'accompagne d'un dégagement de bulles d'air plus ou moins facile selon le degré de consistance de ce même liquide. Dans le cas où les diamètres du larynx sont réduits par le boursouflement de la membrane muqueuse ou par des végétations, etc., l'auscultation pratiquée sur ce conduit fait entendre un murmure bruyant, ou un sifflement particulier pendant l'inspiration. Si on ausculte ensuite la poitrine, on trouvera que la respiration vésiculaire s'entend moins distinctement, ou a même cessé d'être perçue. Cette faiblesse ou cette absence du bruit respiratoire avec conservation de la sonorité normale dépendant de la diminution de la colonne d'air qui pénètre dans les poumons, elles sont par conséquent toujours proportionnées au degré d'obstruction qu'éprouve le larynx ou la trachée. Ces faits, signalés par M. Barth, sont d'une grande importance pour le pronostic et les indications thérapeutiques.

Dans l'angine laryngée, la douleur se manifeste nécessairement dans la région du larynx, ou augmente en comprimant cet organe; celle de la trachéite se manifeste plus bas et se prolonge sous le sternum; ici, la douleur est exaspérée par l'inspiration, tandis que la déglutition, la parole, augmentent celle qui accompagne la laryngite; il y a chaleur dans les deux cas : la laryngite est plus grave que la trachéite. Dans les deux cas, l'autopsie fait voir la muqueuse rouge; mais cette membrane s'ulcère plutôt au larynx qu'à la trachée; là, elle est aussi plus boursouflée. On observera en outre divers autres phénomènes, suivant le siége précis de l'altération. Ainsi une douleur fixe au-dessus du larynx, une déglutition difficile, le retour des boissons par le nez, indiquent que les bords de l'épiglotte ou que le pourtour de l'orifice supérieur du larynx sont érodés ou ulcérés; le siége de la douleur sur le cartilage thyroïde,

Digitized by Google

la raucité de la voix, font soupçonner une altération des cordes vocales ou des ventricules du larynx ; l'aphonie complète, existant avec les signes de consomption qui accompagnent les ulcérations des voies aériennes, indiqueront que les deux cordes vocales sont profondément altérées, ou qu'il en est de même des ligaments et des muscles thyro-aryténoïdiens et des cartilages aryténoïdiens.

II. INFLAMMATIONS SPÉCIFIQUES. — CROUP, ŒDÈME DE LA GLOTTE.

Comme le croup ne débute pas ordinairement par le larynx, et que son début est très important à connaître, je commencerai par quelques mots sur l'angine pseudo-membraneuse.

L'angine pseudo-membraneuse est souvent épidémique; elle est contagieuse dans certaines circonstances. On aperçoit d'abord des plaques d'un blanc jaunâtre et d'un aspect lardacé sur les amygdales, sur les parties latérales du pharynx, sur le voile du palais, réunies entre elles; tendance de ces concrétions à envahir toutes les muqueuses, les parties même de la peau où l'épiderme est peu considérable, sur la conque de l'oreille par exemple; rougeur sombre ou pâleur, boursouflement de la muqueuse qui entoure les productions morbides. La portion de cette membrane qui est sous-jacente présente de petits points rougeâtres formés par du sang. On lui donne cet aspect en détachant un lambeau de la couenne. Ces petits points correspondent à des filaments qui servent de lien entre la vraie et la fausse membrane ; les lèvres, les gencives saignent parfois chez les adultes; la bouche du malade exhale une odeur infecte que M. Bretonneau compare à celle de la carie des dents. Engorgement des ganglions cervicaux sous-maxillaires, yeux larmoyants, face bouffie, toux fréquente, déglutition très difficile.

Cette maladie se lie fréquemment aux éruptions de l'enfance. Les enfants mal nourris, les femmes épuisées en sont plus souvent atteints. Elle débute quelquefois par un torticolis, une simple chaleur dans la gorge, et voilà que la déglutition devient tout-à-coup gênée. On examine le gosier : déjà de fausses membranes sont formées ; il y a dans l'habitude générale du malade un affaissement qui annonce une atteinte profonde portée à l'innervation. Ces caractères différencient cette angine de toutes les autres. Il y en a une autre qu'on appelle pultacée : elle est caractérisée par l'exsudation d'une matière de consistance caséeuse que l'on enlève facilement avec les doigts. Cette production se renouvelle avec une prodigieuse facilité.

Digitized by Google

Une telle angine diffère essentiellement de l'angine diphthéritique; elle est souvent symptomatique de la scarlatine.

L'angine gangréneuse se confond par les phénomènes généraux et par d'autres circonstances avec l'angine pseudo-membraneuse, mais elle s'en distingue par les caractères suivants : les taches d'un blanc grisâtre qui apparaissent au fond de la gorge, d'abord sur une des tonsilles, s'obscurcissent, deviennent noirâtres, puis tout-à-fait noires. Quand la gangrène se porte aux amygdales, elle détruit quelquefois ces glandes. Dans les autres cas, après la chute de l'escarre, il reste une perte de substance dont la cicatrisation est lente, surtout quand la membrane environnante reste pâle; si elle rougit, la réparation des tissus se fait plus promptement. Je n'ai pas besoin de répéter que les symptômes locaux, soit physiques, soit fonctionnels, varieront selon le siége de cette angine, selon qu'elle occupera telle ou telle partie des voies digestives ou des voies aériennes.

Certaines éruptions de la peau, telles que la rougeole, la scarlatine et la variole, peuvent se propager dans les voies respiratoires et digestives, et donner lieu à des angines dont les caractères seront faciles à distinguer; car, dans la plupart des cas, l'éruption cutanée se montrera avec les mêmes caractères sur la muqueuse de l'arrière-bouche et du pharynx. Celle-ci offrira, en effet, dans la variole des pustules ombiliquées; dans la scarlatine, une rougeur framboisée, uniforme et ressemblant à un piqueté ou à un granit régulier; dans la rougeole enfin, la couleur est beaucoup moins vive, et l'on distingue souvent sur la muqueuse les mêmes taches irrégulières qui existent sur la peau et qui sont caractéristiques.

Quand la fausse membrane dont nous avons déjà parlé tapisse les voies aériennes, l'angine est appelée croup : on peut le confondre avec le catarrhe suffocant, avec une simple angine laryngée ou avec l'œdème de la glotte. En parlant du diagnostic de l'angine considérée en général et des variétés de la deuxième espèce du premier genre, nous en avons dit assez pour éviter toute confusion du croup avec le catarrhe suffocant et l'angine laryngée simple; il ne nous reste donc ici qu'à différencier le croup de l'œdème de la glotte.

Le croup attaque principalement les enfants, l'œdème de la glotte survient à tous les âges; il est quelquefois épidémique, l'œdème de la glotte jamais. Parfois le croup débute brusquement dans la nuit, pendant un sommeil paisible; l'angine œdémateuse

Digitized by Google

ne présente pas cette particularité : ici la respiration devient insensiblement gênée, puis arrive une dyspnée des plus fortes ; elle revient par accès comme dans le croup. Mais dans l'œdème de la glotte, c'est surtout l'inspiration qui est difficile ; elle est sonore, sifflante ; l'expiration, au contraire, est libre. Dans le croup, les deux temps de la respiration sont difficiles, le caractère de la voix est spécial, on a dit qu'elle ressemble aux cris des jeunes coqs : cependant, à une période avancée, il y a en général aphonie plus ou moins complète. La toux, qui vient par quintes, prend cette intonation ; par l'auscultation, on entend dans le larynx des râles qui sont en rapport avec la consistance de la matière sécrétée. Quand déjà de fausses membranes ont été rejetées, on entend un claquement semblable à celui d'une soupape ; ce bruit a lieu dans l'inspiration, quand la fausse membrane se détache par en haut ; si elle se détache dans le sens contraire, c'est pendant l'expiration qu'elle se fait entendre. On n'observe pas ces phénomènes dans l'œdème de la glotte ; ici la voix est rauque, plus ou moins affaiblie ; elle s'éteint parfois complétement. Dans le croup, l'expectoration est composée d'un fluide visqueux, quelquefois purulent ou combiné avec des flocons de substance albumineuse ; enfin, le malade crache de fausses membranes. Dans les deux cas, la douleur se fait sentir à la partie supérieure du larynx ; le malade y porte souvent la main, elle est constrictive dans le croup. Dans l'œdème de la glotte, le malade croit sentir dans le larynx un corps étranger, mobile pendant la déglutition, susceptible de se placer dans l'ouverture de la glotte ou de se déjeter sur les côtés par l'expiration. Si l'on porte le doigt sur la base de la langue et qu'on l'enfonce dans le larynx, après avoir franchi l'épiglotte, on sent un bourrelet au pourtour de la glotte. Ce caractère est distinctif ; il est pour l'angine œdémateuse ce que les fausses membranes sont pour le croup. A l'autopsie on trouve le plus souvent dans l'œdème de la glotte, en dehors des cordes vocales et derrière la membrane thyro-hyoïdienne, de petits foyers purulents, des altérations de cartilage et des ligaments du larynx ; rien de tout cela ne se présente dans le croup. La terminaison du croup est souvent moins funeste que celle de l'œdème de la glotte. Mais quand on connaîtra l'opération chirurgicale que je décrirai, la proposition contraire sera plus vraie.

Un anévrisme de la crosse de l'aorte, comprimant la trachée, détermine des accès de suffocation et une respiration sifflante qui peu-

Digitized by Google

vent faire croire à l'existence d'un œdème de la glotte. On cite plusieurs erreurs de ce genre commises par des chirurgiens de mérite qui ont pratiqué la trachéotomie dans des cas d'anévrisme de l'aorte ou du tronc innominé, tandis qu'ils croyaient opérer pour une laryngite ou un œdème de la glotte. On évitera une semblable méprise en explorant avec soin la poitrine ; on découvrira souvent alors au devant du sternum ou des côtes une voussure, une tumeur pulsative; ou bien on distinguera des battements simples ou doubles, circonscrits, distincts de ceux du cœur, et accompagnés, dans la plupart des cas, d'un bruit de râpe ou de souffle. La marche de la maladie, les symptômes de compression qui pourront également exister du côté de l'œsophage, des poumons, des vaisseaux et des nerfs, permettront de préciser encore mieux le diagnostic.

ARTICLE II.

Nécroses du larynx.

Les cartilages du larynx s'ossifient par les progrès de l'âge comme les cartilages des côtes. Ils peuvent donc être frappés d'une véritable nécrose. Avant cette transformation, ils peuvent aussi se mortifier. Certaines maladies hâtent cette transformation des cartilages ; elle est quelquefois rapidement produite par les lésions qui constituent la phthisie laryngée : comme on voit le périoste des os des membres s'épaissir, s'incruster de sels calcaires quand un ulcère, un conduit fistuleux, arrivent jusqu'à lui, on voit, au larynx, le périchondre subir les mêmes modifications quand une inflammation ulcérative envahit la muqueuse. Après le périchondre, le cartilage s'ossifie à son tour. Il est remarquable de voir ici l'inflammation produire le même effet que les progrès de l'âge, et cependant l'inflammation passe pour une exaltation des propriétés vitales!

M. Trousseau (mémoire cité) dit avoir trouvé la nécrose des cartilages du larynx sur plus de la moitié des sujets qui ont succombé à la phthisie laryngée. Comme c'est cet auteur qui a le mieux fait connaître cet état des cartilages du larynx, j'emprunterai à son travail ce que j'ai à en dire ici.

« La portion nécrosée est toujours complétement dénudée ; c'est là un caractère qui ne manque jamais. La séparation qui s'opère entre le cartilage mortifié et les parties adhérentes s'opère d'une manière particulière. La partie nécrosée se trouve complétement à

Digitized by Google

nu par sa face externe, en ce sens qu'elle n'est jamais revêtue de tissu cellulaire, et que sur elle repose, ou le pus sécrété au point de contact, ou le fond d'un trajet fistuleux qui communique à l'intérieur du larynx. L'exploration avec un stylet fait reconnaître un séquestre semblable à celui des os ordinaires. Si la séparation est rapide entre ce séquestre et les parties environnantes qui sont douées d'une grande vitalité, comme le tissu cellulaire, le périchondre, il n'en est pas de même entre ce séquestre et le reste du cartilage. Là il faut, comme dans les os, un long travail qui élimine la portion nécrosée; elle reste quelquefois enclavée : d'où un épuisement, des désordres mortels.

» La portion nécrosée est toujours ossifiée; c'est encore là un caractère constant. Mais il faut pour cela que l'affection du larynx qui a précédé la nécrose et qui l'a causée soit un peu ancienne; il faut que les symptômes qui constituent la phthisie laryngée existent depuis longtemps. Dans les fièvres graves, on trouve quelquefois des nécroses des cartilages du larynx sans ossification. M. Sédillot en a rapporté un exemple (1). »

La portion du cartilage, après sa séparation complète, est éliminée, et elle s'achemine vers la peau ou vers la muqueuse, et tombe dans le larynx; elle fait alors l'office d'un corps étranger, et cause tous les accidents décrits dans le premier chapitre de cette section. Le séquestre peut être très volumineux; selon J. Frank, le cartilage cricoïde aurait ainsi été éliminé. Je doute que ce cartilage l'ait été en entier. D'ailleurs, voici le texte de J. Frank : *Æger Hunteri per plures menses sanguinem et pus rejiciebat, ac pro phthisico habitus fuit; convaluit rejecta cartilagine cricoïda* (2).

Si, par un trajet fistuleux ouvert, on avait pu constater la nécrose au moment des accidents de suffocation, on pourrait procéder sûrement à la recherche et à l'extraction du séquestre devenu tout-à-fait corps étranger. Si la fistule n'était pas complète, et que le sujet, souffrant depuis longtemps du pharynx, venait à avoir des accès violents de suffocation, il ne serait pas contre-indiqué de faire la trachéotomie et d'explorer l'intérieur du larynx pour extraire le séquestre.

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1836, t. I, p. 243.
(2) *Praxeos med.*, tome VI, page 199

Digitized by Google

ARTICLE III.

Ulcérations et carie du larynx.

On a donné le nom de phthisie laryngée à un groupe de symptômes produits par une infinité de lésions, la plupart appartenant au larynx. Je n'ai pas la prétention de faire ici l'histoire de toutes ces lésions, car je ne dois pas traiter de la phthisie laryngée, dont l'histoire appartient aux livres de pathologie interne (1). Mais je ne puis me dispenser de dire quelques mots sur les ulcérations et la carie du larynx, car elles peuvent se terminer par des fistules et nécessiter des opérations chirurgicales qui seront décrites à la fin de cette section.

M. Trousseau, avant de décrire les véritables ulcérations du larynx, parle de l'érosion de la membrane muqueuse ; c'est ce que j'ai appelé ailleurs *exulcération* (voyez t. I). Il semble que la tunique muqueuse soit seulement usée de manière que le fond de l'usure est un peu plus profond que les bords, sans que, pour cela, ces bords aient rien de rugueux ni de saillant ; ils se fondent presque insensiblement avec la membrane muqueuse avoisinante, et quelquefois il est impossible de saisir la ligne de démarcation. Cet état ressemble à l'exulcération du col de l'utérus, du gland dans une certaine forme de vaginite et de balanite. C'est ordinairement chez les phthisiques que l'on rencontre cette exulcération de la muqueuse laryngienne.

La paroi postérieure du larynx et de la trachée est le plus souvent le siége de cette érosion, comme la lèvre postérieure du col de la matrice dans les cas de vaginite. On voit l'effet du contact des produits morbides dans la génération de ces *exulcérations :* au larynx, c'est la matière tuberculeuse qui vient des poumons ; au col de l'utérus, c'est la sécrétion du vagin, des surfaces extérieure et intérieure du col qui produisent ce phénomène. Dans les deux canaux, c'est le point le plus déclive qui est le plus souvent affecté, parce que c'est sur ce point que les produits morbides séjournent le plus longtemps.

La vraie *ulcération* n'est pas une conséquence de l'*érosion ;* ce

(1) Voyez le *Traité de la phthisie laryngée et des maladies de la voix*, par M. Trousseau, dans les *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1836, t. VI.

Digitized by Google

n'est pas, comme on pourrait le croire, une érosion qui est devenue plus profonde. S'il en était ainsi, on trouverait en même temps des érosions et des ulcérations sur le même larynx, et le nombre de celles-ci serait en rapport avec la fréquence des premières; ce qui n'est pas.

L'ulcération a des bords évidemment plus élevés que la surface dénudée. On l'observe sur tous les points du larynx, quelquefois elle l'envahit en entier; cordes vocales, ligaments aryténo-épiglottiques, membrane muqueuse de l'épiglotte, tout est ulcéré. Le plus souvent on peut constater que l'ulcération a commencé par la membrane muqueuse. Quelquefois la perte de substance de la muqueuse est consécutive à un abcès formé dans le tissu cellulaire qu'elle recouvre, ou bien c'est une maladie du cartilage qui fait le fond de l'ulcère. Comme on le voit, l'ulcération se lie à différentes affections du larynx; elle a nécessairement des rapports avec la carie, la nécrose, l'ossification des cartilages. Les vices scrofuleux vénériens doivent jouer un grand rôle dans sa production : aussi le traitement devra-t-il être basé sur les moyens avec lesquels on combat ordinairement ces vices.

La carie des cartilages du larynx est moins fréquente qu'on ne le pense généralement. l'erreur vient de ce qu'elle est souvent confondue avec la nécrose, affection moins rare que la carie. M. Trousseau dit avoir souvent vu la carie dans les anneaux cartilagineux de la trachée-artère, jamais dans le cartilage cricoïde, une fois dans le thyroïde, trois fois dans les aryténoïdes, une fois dans l'épiglotte (1).

Dans la carie on voit ordinairement l'ulcération commencer par la membrane muqueuse; les progrès en profondeur sont rapides; bientôt le tissu sous-muqueux est pris; en peu de mois, quelquefois en peu de semaines, le périchondre et les cartilages sont ulcérés. Cette rapidité dans la marche de la carie tient aux rapports constants de cette affection avec la phthisie pulmonaire, maladie qui dispose tant à l'ulcération.

Le cartilage carié offre une grande vascularisation; on voit que le fond de l'ulcération jouit d'une vie très active, et il est parsemé de villosités. La carie peut s'étendre en superficie et en profondeur au point de détruire complétement l'épiglotte, les cartilages aryté-

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, tome VI.

Digitized by Google

noïdes; elle peut perforer le cartilage thyroïde. Les tissus extérieurs à ce cartilage participent quelquefois à son affection; ils sont aussi ulcérés, la peau s'amincit, rougit et se divise. Il y a alors une vraie fistule aérienne. Un fait analogue est consigné dans la *Clinique médicale* de M. Andral (1).

Je ne décrirai pas ici les lésions fonctionnelles produites par de pareilles altérations du larynx; car, comme je l'ai déjà dit, je n'ai pas à faire toute l'histoire de la phthisie laryngée. Je ferai remarquer seulement que quelquefois il survient des menaces d'asphyxie, l'asphyxie elle-même par le gonflement œdémateux des lèvres de la glotte ou des ligaments aryténo-épiglottiques. C'est un accident qui peut exiger la laryngotomie; mais, avant de l'employer, on devrait suivre la méthode de traitement que j'ai employée trois fois avec le plus grand succès; une fois en ville, une fois à la Charité, une fois à Lourcine. On sait que cet hôpital est desservi par un médecin et deux chirurgiens: Le médecin qui faisait alors le service (fin de 1839) avait dans ses salles une malade qui souffrait de la gorge; elle fut prise d'accès de suffocation qui firent craindre l'asphyxie. Elle passa une nuit entière continuellement menacée par la mort. Le lendemain, le médecin me fit appeler pour pratiquer la laryngotomie : déjà l'opération avait été proposée à la malade, et mon confrère ne voyait plus que ce moyen pour lui sauver les jours. Je fus cependant de l'avis de tenter, avant d'en venir à cette opération dangereuse, des vésicatoires nombreux. Un grand fut appliqué sur la région antérieure du cou, puis un à chaque cuisse, un à chaque jambe. Ces vésicatoires prirent avec une grande rapidité, et ils amenèrent peu à peu la respiration à son état normal. Il se fit une expectoration très abondante de mucosités très épaisses et filantes. A l'hôpital de la Charité, c'était un homme âgé de quarante ans; je fus obligé de joindre aux vésicatoires des éméto-cathartiques. Comme on le pense bien, ni les vésicatoires, ni l'éméto-cathartique ne guériront une carie ni une ulcération profonde du larynx; mais ils pourront combattre les accidents de ces affections, accidents causés par l'œdème de la glotte. Dans les cas rares où un œdème est essentiel, ou bien quand la lésion qui l'a produit a disparu, on peut, en faisant couler par la peau une grande quantité de sérosité, dégorger les lèvres de la glotte et sauver un malheureux menacé d'asphyxie.

(1) Tome II, page 204.

Digitized by Google

Mais il faut pour cela que les vésicatoires soient nombreux, grands et appliqués tous en même temps.

Quant aux ulcérations et à la carie, après avoir agi contre le principe morbifique sous l'influence duquel elles se sont formées, on pourrait leur appliquer la cautérisation, soit avec les acides concentrés, soit avec la pierre infernale. Mais pour cautériser avantageusement, il faut d'abord faire la bronchotomie; il en sera question plus tard.

ARTICLE IV.

Fistules du larynx et de la trachée-artère.

Les plaies qui divisent le tube aérifère dans une grande étendue, celles qui sont contuses ou avec perte de substance, peuvent être suivies de fistules, parce que la réunion ne s'opère pas toujours complétement. La même infirmité peut être la suite d'une carie ou d'une nécrose des cartilages du larynx. En effet, l'inflammation ulcérative marche quelquefois vers la peau, la divise, et l'air sort et entre par une nouvelle ouverture. Dans les articles précédents j'ai déjà cité des faits qui se rapportent à ces deux ordres de causes des fistules aérifères.

Quand il existe de ces fistules, la voix est toujours plus ou moins éteinte, difficile; quelquefois même l'aphonie est complète, ce qui dépend du siége et de l'étendue de la fistule. Il y a entrée et sortie de l'air par l'ouverture anormale : l'air pouvant traverser cette ouverture, la colonne qui passe par la glotte est moins considérable ; cette ouverture se rétrécit donc comme le bout de l'artère qui vient après un anévrisme, comme la portion de l'urètre qui est devant une fistule de ce canal. Un bon nombre de faits prouvent que le larynx est soumis à cette grande loi qui veut que les diamètres de tout conduit de l'économie soient en rapport avec la quantité des modificateurs qui le parcourent. Deux de ces faits sont surtout remarquables; j'en ai déjà cité un, celui qui a été consigné dans le *Journal hebdomadaire* par M. Reynaud. C'est ce forçat qui divisa complétement sa trachée. Il s'habitua à respirer et même à parler *par le cou*. Il y eut non seulement rétrécissement, mais oblitération de la glotte. M. Bulliard, cité par M. Bégin (1),

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article FISTULE, tome VIII, page 178.

Digitized by Google

a publié un fait qui se rapporte encore au rétrécissement du larynx, consécutif à une plaie faite au conduit aérifère, pour traiter un croup chez un adulte. Dans les deux cas, on dut conserver l'ouverture accidentelle pour prévenir la suffocation.

Ces faits prouvent que le traitement des fistules aériennes doit être soumis aux règles générales. En effet, il ne suffit pas d'oblitérer le conduit artificiel, il faut encore rétablir le conduit naturel. Pour se conformer ici à ce principe, il faudrait dilater la glotte avant de rétrécir, d'oblitérer le conduit fistuleux, surtout quand la fistule est large et ancienne. Mais peut-on agir sur la glotte comme on le fait sur l'urètre? Ainsi que cela arrive aux rétrécissements de ce dernier canal, le rétrécissement du larynx pourrait se reproduire, et de là de graves désordres dans la poitrine. On ne saurait croire à quels dangers est exposé un sujet qui a le moindre rétrécissement du conduit aérifère. La colonne d'air étant diminuée, ce gaz est introduit en moindre quantité dans les poumons; de là une hématose incomplète, une asphyxie lente. Je suis persuadé que la plupart des insuccès de la laryngotomie viennent de ce que l'ouverture pratiquée au conduit aérifère n'est pas maintenue assez grande.

Il est des fistules qu'on peut et qu'on doit abandonner à la nature; ce sont celles qui sont petites, étroites, obliques et prolongées, se dirigeant vers les intervalles que laissent entre eux les cartilages du larynx ou dans l'épaisseur du corps thyroïde, fistules dont parle Sabatier, lequel, pour le dire en passant, ne put constater si réellement elles donnaient passage à de l'air. Les grandes fistules, comme celles observées par MM. Reynaud et Bulliard, devront aussi être abandonnées, à moins qu'on ne trouve les moyens de dilater la glotte, comme je viens de le dire.

Mais ce rétrécissement de la glotte n'a pas toujours lieu, surtout quand la fistule est récente ou quand elle s'ouvre au-dessus de cette même glotte; on doit alors tenter la guérison; on y parvient par la cautérisation et la compression, ou bien en rafraîchissant les bords et en les réunissant immédiatement, ou bien par l'autoplastie du larynx, que je décrirai après le chapitre III.

Digitized by Google

CHAPITRE III.

LÉSIONS ORGANIQUES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE.

Les dégénérescences du larynx sont encore comprises parmi les lésions qui donnent lieu à la phthisie laryngée ; ce sont des cancers, des tumeurs fibreuses, des végétations analogues à celles qui surviennent à l'anus ou aux parties génitales des vénériens. Le larynx est quelquefois parsemé de granulations qui sont considérées comme des tubercules par quelques pathologistes ; on a aussi trouvé dans le larynx des hydatides (Pravaz). Dans le plus grand nombre des cas, les dégénérescences du larynx prennent la forme de tumeurs pédiculées : aussi la plupart ont été considérées comme des polypes. La forme polypeuse donne à la tumeur une mobilité, lui permet des changements de rapports qui produisent des phénomènes, des accidents que je signalerai bientôt. De pareilles dégénérescences ont été constatées par un bon nombre d'observateurs, Lieutaud, Renard, Trousseau, Gérardin, Andral, etc.

Des polypes dont parle Lieutaud, l'un, assez solide, ressemblait à une grappe dont la queue tenait à la partie antérieure de la trachée ; l'autre tenait par plusieurs racines à la membrane qui tapisse le cartilage annulaire, dans lequel il était si bien engagé, que, pour l'en faire sortir, on fut obligé de le pousser par la glotte (1).

Renard parle de petits corps charnus qui contenaient une substance jaunâtre analogue au corps vitré de l'œil. C'était une dame atteinte d'une extinction de voix depuis quatre ans, et qui éprouvait des suffocations violentes ; après avoir craché ces corps particuliers, sa voix revint avec son timbre ordinaire (2).

Dans l'observation de M. Andral, il est question d'une végétation blanchâtre mamelonnée, ayant la plus exacte ressemblance avec une tête de chou-fleur ; elle se continuait par une large base avec la muqueuse de l'ouverture supérieure du larynx, ouverture qui en était en grande partie remplie (3). M. Ferrus a montré à l'Académie de médecine un fait analogue.

La dégénérescence la plus remarquable observée par M. Trousseau est appelée par lui *tumeur tuberculeuse et polype du larynx*. Voici ce

(1) *Histoire de l'Académie des sciences*, année 1784, page 72.
(2) *Journal de médecine* de Leroux, tome XXXI, page 186.
(3) *Précis d'anatomie pathologique*, tome II, page 472.

Digitized by Google

que montra l'autopsie : le ventricule gauche du larynx était baigné d'une sanie grise extrêmement fétide, et occupé par une production accidentelle, de consistance lardacée et d'un blanc cendré. Cette tumeur se prolongeait dans l'intervalle qui sépare le cricoïde de la partie postérieure du thyroïde, et allait paraître un peu en dehors et en arrière du larynx. Une portion du thyroïde à gauche était cariée. Cette même tumeur sortait du ventricule, et prenait alors la consistance et la teinte d'un polype muqueux, et faisait dans le larynx une saillie considérable.

Le sujet de l'observation de M. Gérardin était le vieux Stassin, chef des huissiers de la chambre des députés. A l'autopsie, en faisant une incision à la partie postérieure du larynx, on voit surgir une tumeur grosse comme une aveline, de couleur blanche, couverte d'aspérités, longue d'une ligne à deux. Cette végétation a un court pédicule qui occupe tout le sinus droit.

Les polypes ou dégénérescences polypeuses du larynx donnent lieu à des symptômes et à des accidents analogues à ceux produits par les corps étrangers. Ainsi, dans la première observation de Lieutaud, il est question d'un enfant de douze ans qui mourut subitement, après avoir offert une grande gêne de la respiration. Le sujet de la seconde observation disait éprouver dans la trachée quelque chose de solide dont il ne pouvait se débarrasser par la toux. Il mourut bientôt en se baissant pour ramasser un livre qu'il avait laissé tomber de son lit.

J'ai dit que Renard avait observé l'expulsion spontanée du polype, expulsion qui ramena la respiration et la voix à leur état naturel. Ces morts subites (Lieutaud), ce rétablissement prompt (Renard), tout cela fait partie de l'histoire des corps étrangers engagés dans le larynx. Mais dans le commémoratif et dans la marche des symptômes, il y a des différences marquées. Ainsi, bien avant la suffocation, avant les accidents, il y a une aphonie plus ou moins complète, ou une toux qui devient de plus en plus fréquente ; tandis que les corps étrangers provoquent à l'instant une toux violente, de la suffocation, enfin des accidents qui peuvent se calmer, comme je l'ai fait remarquer en temps et lieu ; mais les premiers symptômes ont toujours une certaine violence, ce qui n'a pas lieu pour les productions morbides qui ne gênent la respiration et n'altèrent la voix que peu à peu. Ce n'est qu'après un certain développement qu'ils jouent le rôle de corps étrangers.

Digitized by Google

L'analogie qui existe entre ces deux maladies fait naître l'idée d'employer les mêmes moyens de traitement, c'est-à-dire la bronchotomie. Puisque dans le cas cité par Renard, après l'expulsion spontanée des polypes, il y a eu guérison, pourquoi n'irait-on pas les extirper quand ils ne sortent pas d'eux-mêmes?

Opérations qu'on pratique sur le larynx et la trachée-artère.

Ces opérations, considérées de la manière la plus générale, consistent à ouvrir ou à fermer le tube aérifère. C'est, dans le premier cas, la bronchotomie; dans le second cas, la bronchoplastie.

I. BRONCHOTOMIE.

On est convenu, en médecine opératoire, d'appeler bronchotomie l'ouverture méthodique de la portion du canal aérifère qui correspond au cou : ainsi, le larynx, la trachée.

Historique. Asclépiade fait déjà mention de la laryngotomie, qu'il disait avoir été pratiquée par les anciens. Selon Peyrilhe, rien dans les écrits des anciens ne l'indique. Cœlius Aurélianus donne Asclépiade lui-même comme l'inventeur téméraire de cette opération. Asclépiade voulait combattre Hippocrate, qui plaçait des canules allant de la bouche dans le larynx; il disait que la laryngotomie était un moyen plus doux. Autylus décrit un procédé : il incise vers le troisième ou le quatrième anneau. Les Arabes sont influencés par Cœlius Aurélianus. Il faut arriver au XVIe siècle, à Brassavole, qui, en 1543, exécute cette opération, puis à Fab. d'Aquapendente, lequel l'introduit définitivement dans la pratique, et discute parfaitement les indications. En somme, dit-il, il faut la faire quand le mal ou la matière est seulement du larynx en haut; mais si elle tient du larynx en bas, il faut s'en abstenir. Ainsi on voit qu'il rejetait cette opération pour toutes les suffocations de la poitrine, et l'admettait pour toutes celles dont la cause était sus-laryngienne et quand les autres moyens avaient échoué (p. 625.) Cependant Fabrice n'a jamais pratiqué cette opération, mais il la décrit bien, et il invente la canule qu'on laisse dans la plaie. Avant Vicq-d'Azyr, il paraît qu'on ne faisait que la trachéotomie. Garengeot et Louis ont surtout insisté pour prouver que les insuccès venaient de ce qu'on la faisait trop tard. Vicq-d'Azyr, Desault, Boyer, Caron, Pelletan,

Digitized by Google

nous conduisent de progrès en progrès jusqu'à MM. Bretonneau et Trousseau, qui ont tenté de vulgariser complétement cette opération.

En parlant des maladies du larynx et de la trachée-artère, j'ai plus d'une fois montré la nécessité de cette opération. Je vais réunir tous les cas sous six chefs.

1° Les *plaies*, surtout celles qui sont contuses, par armes à feu, et qui sont suivies d'un gonflement prompt et considérable, peuvent nécessiter la bronchotomie. Habicot, dans son *Traité de la laryngotomie*, publié en 1620, parle de deux cas de plaies du cou qui nécessitèrent la bronchotomie. Dans le premier, c'est une balle qui frappa le larynx et particulièrement la partie gauche du cartilage thyroïde. Le second malade était un jeune homme qui avait vingt-deux plaies; il avait été frappé au crâne, à la face, à la gorge, aux mains, aux bras, à la poitrine, au dos, à la verge et aux cuisses. C'était à coups d'épée, de couteau et de canif qu'on avait ainsi ensanglanté ce jeune homme. Le soir, Habicot s'aperçut que le malade était près de suffoquer par le gonflement et l'inflammation survenus à la gorge; il fit une ouverture à la trachée-artère, au-dessous de la blessure du cou, laquelle correspondait à la partie supérieure du larynx. La respiration se rétablit à l'instant, et le malade guérit de toutes ses plaies. Dans les deux cas, Habicot entretint l'ouverture par une canule.

Dans les cas de plaies contuses du larynx avec fracture des cartilages et enfoncement des fragments, on peut être appelé à pratiquer la bronchotomie, d'abord pour faire respirer le malade, et ensuite pour relever les fragments enfoncés.

2° *Corps étrangers*. J'en ai parlé longuement dans un article à part. Ce sont eux qui offrent les indications les plus formelles de la bronchotomie; elle est alors pratiquée dans les meilleures conditions possibles.

Si ce sont des membranes croupales à extraire, l'opération n'a ni la même simplicité ni les mêmes chances de succès, car ici le corps étranger, la membrane, peut se renouveler. Il y a de plus un état spasmodique ou inflammatoire du tube aérien, et il n'est pas rare que les poumons soient pris. De plus, en général, ce sont des enfants qu'on opère; ils n'ont pas la docilité nécessaire pour l'exécution parfaite d'une opération délicate : l'étroitesse du canal aérifère, augmentée encore par le croup, est une cause de plus d'insuccès.

Digitized by Google

L'opération d'ailleurs ne consiste pas seulement à faire respirer le malade et extraire le corps étranger ; il faut souvent cautériser le larynx et la trachée ou le modifier d'une manière quelconque avec des injections ou des insufflations de certaines poudres.

Ce ne sont pas seulement les corps étrangers contenus dans le conduit aérifère qui peuvent nécessiter la bronchotomie, mais aussi quelques uns de ceux qui sont engagés dans l'œsophage quand ils sont volumineux.

3° *Inflammations, engorgements, œdème, emphysème.* A.-P. d'Abano, Gherli de Modène, G. Martine, croyaient avec Avicenne, que dans les angines tonsillaires ou laryngées avec menace de suffocation, la bronchotomie devait être faite. On est revenu de cette pratique, et l'usage énergique et bien dirigé des antiphlogistiques remplace très efficacement cette opération. On ne la fait plus pour le gonflement de la langue, depuis les observations de De la Malle citées au chapitre des maladies de cet organe. Ici encore les antiphlogistiques et de grandes incisions sur la langue empêchent la suffocation. Reste le gonflement prompt du tissu cellulaire du cou. Eh bien, j'ai cité les faits d'Habicot qui autoriseraient à pratiquer cette opération : cependant il n'est pas tout-à-fait démontré, pour moi, que de nombreuses sangsues appliquées sur le cou et de larges saignées n'eussent pu rendre la bronchotomie inutile. J'en dirai autant pour l'emphysème considérable du cou, qui amène la suffocation : ici les scarifications sont préférables.

Des abcès profonds du cou, un gonflement prompt du tissu cellulaire de cette région déterminé par la morsure de la vipère ou par le charbon, peuvent mettre le praticien dans la nécessité de pratiquer la bronchotomie. Ces cas sont d'ailleurs extrêmement rares.

L'œdème de la glotte nécessite aussi la bronchotomie, et il vaut mieux ouvrir le larynx ou la trachée que d'aller scarifier les lèvres de la glotte par la bouche, ce qui n'est pas rationnel et ce qui ne peut être exécuté méthodiquement. La sonde à demeure, introduite par la bouche, doit être également rejetée. Au contraire, une ouverture faite au larynx, comme je l'indiquerai, pourra détruire la cause de l'œdème, diminuer ce gonflement et faciliter la respiration.

4° *Carie, nécrose des cartilages du larynx, ulcérations de sa membrane muqueuse.* Ces diverses lésions peuvent donner lieu à l'œdème de la glotte, et nécessiter par conséquent la bronchotomie. Cette opération peut être entreprise encore dans le triple but d'empêcher la

Digitized by Google

suffocation, de placer les parties altérées du larynx dans des circonstances plus favorables à leur guérison, de permettre l'application directe de certains modificateurs, enfin de favoriser l'extraction des séquestres.

5° *Kystes, masses tuberculeuses, anévrismes, cancers, polypes.* Les lésions organiques peuvent former des tumeurs intra ou extra-laryngiennes. Toutes peuvent produire la suffocation, les unes en empêchant l'air d'arriver aux bronches, qu'elles compriment; les autres par leur présence dans le tube aérifère. Dans les autres cas, la trachéotomie est employée et pour faciliter la respiration et pour l'extraction de la tumeur ordinairement à forme polypeuse née dans le larynx; dans ce dernier cas, la bronchotomie n'est employée que pour prévenir la suffocation. Il faut une tout autre opération pour enlever ou faire disparaître la cause comprimante, car c'est quelquefois un anévrisme, une dégénérescence de la thyroïde ou toute autre tumeur du cou.

6° *Submersion.* Il est certain que Detharding s'est trompé dans ses explications de la mort par submersion; cependant on ne devrait pas rejeter entièrement la bronchotomie, qu'il proposait pour remédier à l'asphyxie. Aujourd'hui on revient à cette opération. Ainsi, S. Cooper la croit plus prompte et plus facile que l'introduction dans le larynx et par la bouche ou le nez d'une sonde en gomme élastique. D'ailleurs la bouche est quelquefois opiniâtrément fermée, et il est si difficile, avec une sonde introduite par le nez ou la bouche, de traverser exactement la glotte, que, quand il s'agit d'établir promptement une respiration artificielle, mieux vaut la bronchotomie.

Si on se rappelle tout ce qui a trait à la bronchotomie, on verra qu'elle remplit quatre indications principales :

1° Faire pénétrer de l'air dans les poumons, qui en étaient privés;

2° Extraire les corps qui empêchent cette pénétration de l'air;

3° Placer les parties malades dans de meilleures conditions pour leur guérison;

4° Permettre d'agir topiquement sur les parties malades.

Ainsi considérée, la bronchotomie peut plus facilement être jugée dans son degré d'utilité, dans ses procédés.

Tous les points de la partie du canal aérien qui correspondent au cou ont été ouverts. Selon la hauteur à laquelle ce conduit a été attaqué, l'opération a changé de nom. C'est la laryngotomie quand le

Digitized by Google

larynx est ouvert (Desault, Vicq-d'Azyr); c'est la laryngo-trachéotomie quand, avec le larynx, une partie de la trachée est ouverte (Boyer). Enfin, on appelle trachéotomie la division seule de la trachée, celle que les anciens faisaient toujours. Je préfère appeler *bronchotomie* la méthode opératoire qui consiste à ouvrir un point quelconque du conduit aérifère qui correspond au cou. Elle sera *sus-laryngienne*, *laryngienne* ou *sous-laryngienne*, selon que l'on incisera au-dessus du larynx, ou sur le larynx, ou au-dessous du larynx.

On voit déjà que je propose un procédé nouveau; c'est l'incision sus-laryngienne, que je ferai connaître dès que j'aurai parlé de la bronchotomie en général.

Manuel opératoire de la bronchotomie. Je conserve, à cause de son long usage, le mot *bronchotomie* pour désigner toutes les opérations qui consistent à ouvrir un point de tube aérifère pour remplir les indications que je viens de passer en revue : seulement, les procédés auront une dénomination que je tirerai du point du tube aérifère qui sera atteint par l'instrument qui devra l'ouvrir : ainsi, selon que ce sera au-dessus du larynx, sur le larynx lui-même ou sous le larynx, les procédés s'appelleront sus-laryngien, laryngien, sous-laryngien. Ces procédés auront des modifications qui porteront le nom de leur auteur. Avant de décrire ces procédés, je vais exposer quelques considérations qui s'appliquent à l'ensemble de la méthode.

La bronchotomie peut être exécutée d'un seul coup avec un trocart. Cette manière a été préconisée par Dekkers, Bauchot, Sanctorius, et dans ces derniers temps par M. Collineau. On traverse d'un seul coup, et la peau et la paroi antérieure du conduit aérifère; le trocart sera droit ou courbe, à tige forte et aplatie, contenue dans une canule ayant des dispositions analogues. Je représenterai bientôt cet instrument. L'exécution serait ainsi beaucoup plus prompte, puisque l'opération ne se composerait que d'un temps bien rapide pendant lequel la canule même se trouverait placée. Cette canule, appliquée immédiatement sur les lèvres de la plaie, empêcherait l'hémorrhagie et la chute du sang dans le conduit aérifère.

Cette méthode ne peut guère être employée que pour l'ouverture de la trachée : on lui reproche la blessure de la paroi postérieure de ce canal; un peu d'embonpoint, du gonflement, de l'œdème ou de l'emphysème au cou rendront difficile son exécution, car il faut,

Digitized by Google

avant tout, fixer invariablement le canal qu'on veut ouvrir : or, on le peut rarement à ce point. D'un autre côté, les mouvements de déglutition élevant et abaissant le conduit aérifère, les rapports de son ouverture avec la plaie de la peau changent; de là des tiraillements dans les chairs, des déplacements de la canule, etc.: aussi le trocart a été presque généralement abandonné ; on préfère exécuter cette opération en divisant d'abord la peau et le tissu cellulaire ; on écarte ensuite les muscles, on les coupe quelquefois ; on écarte des vaisseaux, on en divise aussi ; mais alors, s'ils sont importants, on les lie immédiatement.

Plus l'incision sera supérieure et plus elle se rapprochera de l'os hyoïde, moins il y aura de craintes pour l'hémorrhagie et plus tôt le conduit sera découvert. En descendant vers la poitrine, le conduit aérifère devient toujours plus profond et s'entoure de vaisseaux dont le nombre, la disposition ne peuvent pas toujours être prévus ; quelquefois on tombe sur un lacis veineux que la gêne de la respiration développe extraordinairement ; si on le divise, on peut être fort inquiété par le sang qu'il fournit. Dupuytren conseille d'exhorter alors le malade à respirer largement : mais que peuvent ces exhortations quand l'obstacle à la respiration existe toujours? Mieux vaut alors ouvrir promptement et largement la trachée et faire tenir le malade sur son séant, ou même lui faire pencher la tête en avant, pour que le sang ne tombe pas dans le conduit aérien. Si cet accident arrivait, on imiterait M. Roux, on aspirerait le sang avec une canule, une sonde de femme, une sonde en gomme élastique ; ou bien même l'opérateur appliquerait ses lèvres sur la plaie pour faire encore mieux le vide.

M. Récamier a conseillé de faire réellement la bronchotomie *en plusieurs temps :* on découvrirait d'abord le conduit aérien et on ajournerait son ouverture, pour éviter l'accident que je viens de signaler. Je suis loin d'être opposé aux opérations *en plusieurs temps* (on peut voir quelle est mon opinion à ce sujet dans les Prolégomènes, premier volume); mais ici rien n'est plus pressant quelquefois que de faire respirer le malade : une heure d'expectative peut compromettre la vie; comment donc ajourner l'ouverture du conduit aérien?

Pour l'ouverture de ce conduit déjà découvert, on a encore employé le trocart, quelquefois une lancette fixée sur son manche. On préfère aujourd'hui le bistouri droit, qui fait la première ouverture,

Digitized by Google

laquelle peut être agrandie avec un bistouri boutonné ou avec des ciseaux.

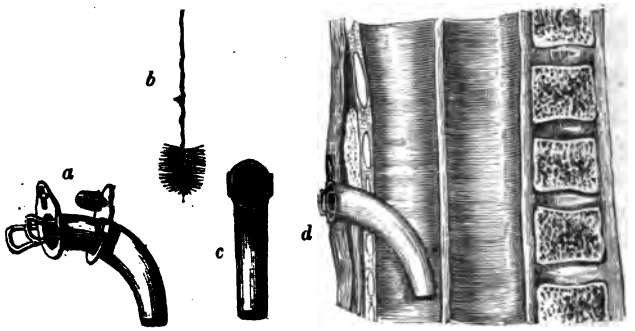
L'incision de la peau est ordinairement longitudinale, c'est-à-dire dans le sens de la ligne médiane : seulement, pour la bronchotomie sus-laryngienne, il vaut mieux la faire transversale. C'est aussi ordinairement dans le sens de la ligne médiane qu'on ouvre le conduit aérifère; on divise les anneaux cartilagineux. Autrefois on divisait plus souvent les parties molles qui les unissent; c'est encore par exception qu'on agit ainsi aujourd'hui; c'est quand on exécute le procédé sus-laryngien d'après mes principes, ou quand on en vient au procédé laryngien de Vicq-d'Azyr.

Quand c'est pour l'extraction d'un corps étranger qu'on a ouvert le canal aérien, une fois l'élimination faite, l'opération est terminée, il n'y a qu'un pansement très simple à appliquer. Mais le corps étranger ne se présente pas toujours, à l'instant, à l'ouverture qu'on vient de pratiquer : il faut alors, avec de petites pinces courbes, aller à sa recherche du côté des bronches, puis vers les ventricules du larynx. Après avoir ouvert la trachée pour l'extraction d'un corps étranger, M. Rigal de Gaillac fut obligé d'employer un moyen d'expulsion fort ingénieux. Le corps étranger était logé dans les ventricules du larynx ; M. Rigal passa par la plaie de la trachée une sonde courbe et solide qui servait de mandrin à une sonde élastique ouverte à ses deux extrémités. Quand le bec de la sonde-mandrin fut parvenu par la plaie à la hauteur du larynx, d'une main le pavillon fut fixé tandis que l'autre main poussa vivement la sonde en gomme élastique vers le haut du larynx, et le corps étranger qu'il contenait fut poussé dans la bouche, et fut après complétement expulsé. On ne prolongera pas trop ces manœuvres, qui pourraient fatiguer le malade. Il vaut mieux, après quelques tentatives, chercher à maintenir ouverte la plaie du conduit aérifère : il n'est pas rare qu'à un second pansement on trouve le corps étranger sur les pièces d'appareil ; il y est porté par un effort d'expiration. La plaie du conduit aérien sera tenue ouverte, surtout quand on aura pratiqué la bronchotomie, pour une vraie maladie, pour le croup, pour l'œdème de la glotte, pour une lésion des cartilages, car il faut alors que le malade respire largement pendant qu'on remédie au mal qui produit la suffocation. Pour tenir la plaie ouverte, on a proposé beaucoup de moyens : ce sont quelquefois des crochets qui s'écartent incessamment par l'effet d'un ressort, ou bien des ca-

Digitized by Google

nules de différentes formes, de différentes dimensions. Voyez fig. 24 (demi-grandeur réelle), où se trouvent plusieurs canules;

Fig. 24.



c, une canule vue de face; *d*, une autre de profil avec une coupe selon l'axe du cou, pour montrer la canule appliquée à la suite d'une bronchotomie sous-laryngienne. Il est parfaitement reconnu que les canules employées jusqu'à notre époque étaient trop petites; elles n'admettaient pas assez d'air, elles étaient trop facilement obstruées par les mucosités, les fausses membranes, les corps étrangers.

M. Bretonneau, qui a parfaitement établi la nécessité des grandes canules, en a employé une qui est de plusieurs pièces, ce qui rend l'application facile. Cet éminent praticien a établi qu'il fallait donner à la canule le diamètre de la glotte, qui est de 15 millimètres environ, pour la respiration d'un adulte. Quand l'appareil est monté, on voit une canule invaginée dans une autre canule; le tout est retenu par une rondelle de liége. La fig. 24 *a* représente la double canule de M. Borgellat : ce sont deux tubes courbes qui s'emboîtent. Le tube concentrique, que je représente ici à demi retiré, est enlevé tous les trois jours pour le nettoyer avec l'écouvillon *b*. M. Borgellat a tenu pendant un an cette double canule dans la trachée d'un enfant de dix ans (1). Il a été fait aussi des canules tout-à-fait coudées. Il y en a de cylindriques, d'aplaties et de tous les diamètres. Le plus souvent elles ont leurs deux extrémités largement ouvertes; quelquefois l'extrémité interne est percée en arrosoir, ou bien il y a un ou deux trous sur les côtés,

(1) Voyez la thèse de concours de M. Lenoir, *De la Bronchotomie*, Paris, 1841, in-4°, fig.

Digitized by Google

ce qui ne vaut rien. On a placé aussi une gaze sur l'ouverture externe, ou bien du coton pour empêcher les corps voltigeant dans l'air de pénétrer dans les poumons. Il est reconnu que ces moyens empêchent le malade de respirer largement, et c'est cependant une respiration facile qu'on a voulu lui procurer.

La plupart des canules laissaient entrer et sortir l'air avec une égale facilité. Il manquait donc là une glotte, la partie de l'organe qui retient l'air dans la poitrine pour certains efforts, celle qui sert surtout à la phonation. Déjà M. A. Bérard avait fait des essais pour remplir cette indication. M. Charrière m'a même montré des canules à soupape qu'il avait fabriquées dans un temps pour ce professeur. M. Macquet vient de perfectionner cette canule. Voici son petit appareil, fig. 25 : à l'orifice extérieur d'une canule ordinaire *a*, ce jeune médecin a adapté une plaque *b* maintenue à l'aide de deux virôles *c c* et pouvant s'enlever à volonté ; cette plaque est percée à son centre d'un trou d'un diamètre moindre que celui de la canule ; à l'extrémité supérieure de cette ouverture est une soupape qui y tient par une charnière. On voit *b* cette soupape entr'ouverte comme *d*, où la plaque est vue de profil. Cette soupape se ferme pendant l'expiration et s'ouvre pendant l'inspiration. En haut de la face postérieure de la canule sont des trous *e* non parallèles et favorisant ainsi l'issue de l'air par le larynx. Ces trous remplacent avec avantage l'ouverture ovalaire que d'autres auteurs pratiquaient dans le même but, et sont un obstacle à l'introduction dans la canule de la muqueuse et *des lèvres* de la plaie, qui tendent à s'introduire dans l'ouverture ovalaire. Les avantages de ce système sont relatifs : à la phonation, à l'effort et à la régularité de l'acte respiratoire. Les applications à l'art vétérinaire seront beaucoup plus fréquentes. En effet, les chevaux qui portent une canule ordinaire ne peuvent se livrer à aucun effort, tandis qu'avec la soupape les fonctions de la glotte étant rétablies, l'air peut être retenu

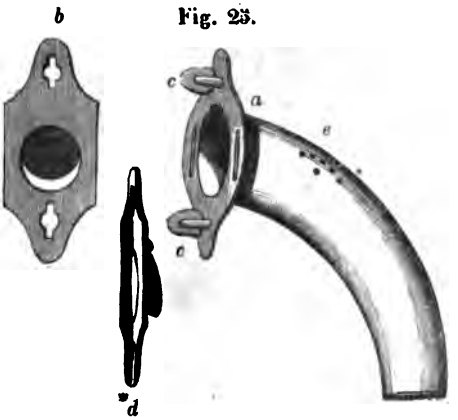


Fig. 25.

Digitized by Google

dans les poumons. Les chirurgiens trouveront des applications bien moins nombreuses; car dans le plus grand nombre des cas la bronchotomie est pratiquée dans le but d'établir un large courant d'air et d'expulser par la plaie ou la canule les corps étrangers et les fausses membranes : or, alors, ce qui peut entraver le mouvement de l'air est nuisible. Mais il est des cas où on a à traiter des affections anciennes du larynx qui nécessitent qu'on tienne longtemps la trachée ouverte : alors la canule à soupape est très applicable.

Procédé sus-laryngien. Il m'importe de faire connaître l'origine de ce procédé, car il y a eu des méprises sur la question de priorité. A peine arrivé à Paris (1), je suivis les visites de M. Cayol, alors professeur de clinique médicale à la Charité. Le premier malade soumis à mon observation mourut avec tous les symptômes de l'œdème de la glotte. J'assistai à l'autopsie, et je constatai qu'il y avait du pus dans l'épaisseur des ligaments aryténo-épiglottiques et sous l'épiglotte, derrière la membrane thyro-hyoïdienne. Le pus s'était fait jour dans le larynx et avait étouffé le malade. Frappé de ce fait et d'un autre qui avait été observé par M. Hourmann (2), je déclarai que l'œdème de la glotte était dû à une inflammation du tissu cellulaire sous-muqueux, surtout de celui qui était à la base de l'épiglotte; que cette inflammation était avec étranglement, et que, comme le panaris, il y avait œdème des parties environnantes. Je proposai alors et je démontrai dans les amphithéâtres de la Charité une opération qui consistait : 1° à diviser transversalement la membrane thyro-hyoïdienne en rasant le bord inférieur de l'os hyoïde; 2° à s'arrêter après la section de la membrane fibreuse; 3° alors avec un petit stylet, on devait écarter les mailles du tissu cellulaire qui la sépare de la muqueuse, afin de donner issue au pus. 4° Si celui-ci n'existait pas ou n'était pas encore formé, l'incision qu'on venait de pratiquer servait de débridement et de saignée locale, ce qui pouvait très bien empêcher la suffocation. Jusque là, la plaie que je produisais n'était pas pénétrante; c'était une plaie parfaitement simple. 5° Si les accidents persistaient, je conseillais de rendre la plaie pénétrante, afin de mettre les lèvres de la glotte à découvert pour l'explorer et agir sur elles au besoin ou en les comprimant ou en les scarifiant.

(1) C'était en 1826, et j'avais été interne pendant quatre ans à l'Hôtel-Dieu de Marseille : j'ai besoin de noter cette circonstance.

(2) Ce fait est inséré dans l'ancienne clinique des hôpitaux.

Digitized by Google

On peut aussi par ce procédé extraire les corps étrangers engagés entre les lèvres de la glotte ou retenus dans les ventricules du larynx. Mais j'avoue que je n'avais pas songé à cet avantage de mon procédé ; je ne l'avais imaginé que pour le traitement de l'œdème de la glotte. Voilà franchement l'origine de la bronchotomie sus-laryngienne. J'en parlai à M. Velpeau que je voyais souvent, avant la première édition de sa *Médecine opératoire*. Ce chirurgien voulut bien me demander une note pour l'insérer dans son livre : je négligeai de fournir ce document, et M. Velpeau, n'eut pour faire connaître ce procédé que les souvenirs fugitifs d'une conversation : aussi fut-il très peu question de mon procédé dans le livre de M. Velpeau ; mais ce peu a été suffisant pour faire naître des erreurs que je n'ai pas à détruire ici.

Ce que je dois surtout faire remarquer, c'est qu'en faisant une incision au-dessous de l'os hyoïde, on ne lèse rien d'essentiel ; en longeant le bord inférieur de cet os, on laisse au-dessous de l'incision la veine et l'artère laryngiennes supérieures et le nerf laryngé qui suit ces vaisseaux.

Procédé laryngien. A. *Procédé de Desault*. L'incision de la peau est longitudinale ; elle s'étend de l'os hyoïde au cartilage cricoïde. On découvre la membrane crico-thyroïdienne avec l'ongle de l'index gauche, on pousse et on retient en bas l'artère crico-thyroïdienne, et on pénètre dans le larynx au-dessus de cette artère. On se sert d'un bistouri droit ordinaire pour percer la membrane, puis par l'ouverture qu'il a faite, on introduit un bistouri boutonné ou une lame de ciseau, et on agrandit l'ouverture en incisant de bas en haut le cartilage thyroïde sur sa ligne médiane. On conseille de bien suivre cette ligne, car si on se dévie, on lèse les cordes vocales ; malheureusement c'est ce qui arrive presque toujours.

B. *Procédé de Vicq-d'Azyr*. Il incisait seulement en travers la membrane crico-thyroïdienne, ce qui donnait une ouverture trop peu étendue pour être utile.

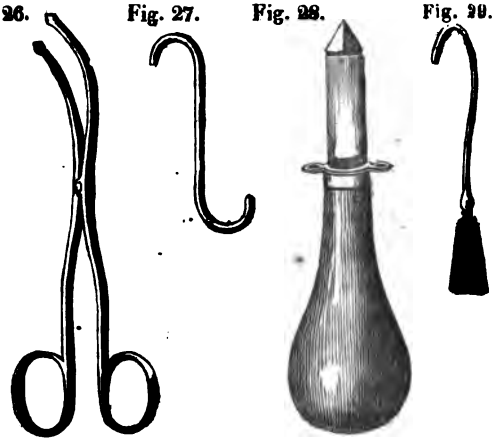
C. *Procédé de Boyer*. Boyer commençait l'incision de la peau au bord inférieur du cartilage thyroïde, et la prolongeait sur la trachée dans l'étendue d'un pouce et demi. Il découvrait la membrane crico-thyroïdienne, et repoussait en haut l'artère de ce nom avec l'ongle de l'index gauche, servant, en même temps, de guide à un bistouri droit qui pénétrait dans le conduit aérifère ; puis le cartilage cricoïde et les trois ou quatre premiers anneaux de la trachée étaient coupés dans la direction de la ligne médiane.

Digitized by Google

Procédé sous-laryngien. C'est la véritable trachéotomie, procédé le plus ancien et aujourd'hui le plus souvent employé. Je le décrirai donc avec plus de détail.

Le malade est couché sur le dos; on élève un peu sa poitrine et on fléchit sa tête. L'opérateur est à sa droite; il fixe le mieux possible le larynx avec le pouce et l'index de la main gauche et il plonge le trocart aplati de Bauchot (fig. 28), les deux bords dans la direction de

Fig. 26. Fig. 27. Fig. 28. Fig. 29.



la ligne médiane; mais ce qui vaut mieux, c'est d'inciser avec un bistouri droit dans la même direction, en allant du cartilage cricoïde au sternum; diviser l'aponévrose; écarter, s'il le faut, les muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien; couper l'isthme du corps thyroïde et le plexus veineux correspondant. Ici, lier les artères et même les veines qui donnent trop. Après l'arrêt du sang, faire à la trachée avec la pointe du bistouri une ouverture que l'on agrandit en incisant, de bas en haut, quatre ou cinq anneaux. On place ensuite la canule dans cette plaie de la trachée. Pour cela, on introduit une petite pince qui ressemble à celle à pansement, mais construite de manière qu'en pressant les anneaux (la fig. 26 représente celle de M. Trousseau) on écarte les mors; ceux-ci écartent la plaie de la trachée, ce qui facilite l'introduction de la canule, temps de l'opération qui, sans cela, pourrait quelquefois offrir de grandes difficultés. Le crochet double (fig. 27), le simple de M. Bretonneau (fig. 29), peuvent servir à cet usage. Ils sont aussi utiles pour accrocher la trachée dès qu'elle est ouverte, afin de mieux fixer le tube aérifère et favoriser ainsi l'agrandissement de l'incision profonde.

Appréciation. Si on compare ces procédés, il sera facile de con-

Digitized by Google

venir que le procédé sus-laryngien est le moins dangereux; il n'attaque ni le larynx ni la trachée; il n'expose à aucune hémorrhagie; il est d'une facilité d'exécution rare. Mais dans la plupart des cas de corps étrangers et dans le croup, il serait insuffisant. Cependant je crois que, pour le croup, on pourrait, par l'ouverture sus-laryngienne, introduire une canule courbe dans la glotte, canule qui pourrait permettre l'introduction d'une forte colonne d'air, et faciliter en même temps l'expulsion des fausses membranes. Je conviens que cette application de mon procédé n'a pas encore été faite, et que son emploi le plus utile et d'ailleurs sa première destination est le traitement de l'œdème de la glotte.

Des procédés sus-laryngiens, celui de Desault expose à la lésion des cordes vocales et ne peut être pratiqué sur les sujets qui ont le cartilage thyroïde ossifié; celui de Vicq-d'Azyr n'a jamais été employé sur le vivant et ne le sera probablement jamais, car il ne fournirait qu'une très petite ouverture. Le procédé laryngien de Boyer, appelé par lui laryngo-trachéotomie, n'est utile que pour l'ouverture de la trachée, car il est très difficile et même impossible d'écarter suffisamment les portions du cartilage cricoïde pour introduire une canule. Il se réduit donc à un commencement de trachéotomie; mieux vaut alors pratiquer cette opération comme je l'ai décrite en dernier lieu.

II. BRONCHOPLASTIE.

C'est l'art de combler des lacunes du tube aérifère avec une portion de la peau du cou pour guérir les fistules aériennes qui en sont la suite. A l'article relatif à ces fistules, j'ai montré par des exemples qu'il est de ces fistules qu'on ne peut, qu'on ne doit pas oblitérer, du moins de longtemps. Ce sont surtout de grandes et anciennes fistules sous-laryngiennes, c'est-à-dire situées au-dessous de la glotte. Mais il en est de sus-laryngiennes que l'on peut, que l'on doit guérir: ici la bronchoplastie trouve ses plus heureuses applications.

M. Velpeau a cherché à prouver que les fistules du larynx les plus fréquentes sont situées entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Là, tout est favorablement disposé pour qu'une plaie pénétrante ne se ferme pas complétement et se transforme en fistule. Ces plaies sont ordinairement le résultat d'un homicide ou d'un suicide. C'est d'ailleurs pour deux fistules provenant de plaies ayant ce siége que M. Velpeau a employé avec succès la bronchoplastie, que je vais décrire.

Digitized by Google

A la rigueur, on pourrait, pour traiter les fistules laryngiennes, employer toutes les méthodes d'autoplastie indiquées en parlant de la restauration du nez. Ainsi on pourrait se servir d'une portion de peau éloignée du cou, de celle du dos de la main (méthode italienne); c'est la moins applicable. On a taillé un lambeau sur le cou, tout près de la fistule (méthode indienne) : c'est ce qui avait été proposé par Dupuytren et ce qui a été exécuté deux fois avec un plein succès par M. Velpeau. Il est des fistules qu'on pourrait oblitérer en disséquant la peau des environs pour la mobiliser et effectuer l'affrontement des bords préalablement rafraîchis (méthode française).

Quand la fistule sera peu étendue, on se contentera de rafraîchir les bords et de les tenir rapprochés par la suture entortillée, suture qui, d'ailleurs, est toujours préférée, quelle que soit la méthode adoptée.

Procédé de M. Velpeau. — Le malade est couché et maintenu comme pour la bronchotomie.

Premier temps. Formation d'un lambeau large d'un pouce (3 centimètres), long de deux (6 centimètres); il est ordinairement emprunté à la peau qui recouvre le cartilage thyroïde, si c'est pour une fistule sus-laryngienne qu'on opère. Il est coupé en écusson ou carrément en bas, où il a un peu plus de largeur qu'en haut.

Deuxième temps. Avivement des bords de la fistule. Enfoncer la pointe du bistouri en dehors du cercle à rafraîchir, le parcourir en entier sans interrompre la bandelette à détacher, laquelle est toujours soutenue par la pince à disséquer. En ne détachant son bord profond qu'en dernier lieu, le sang s'échappe du côté de la peau et ne tombe pas dans le larynx.

Troisième temps. 1re *variété.* Si la fistule a plus d'étendue en travers, on relève le lambeau, on le double de manière que sa surface saignante devienne libre et sa surface épidermique soit cachée. On enfonce le pli du lambeau dans le milieu de la fistule, et une grande aiguille l'embroche avec deux points des bords avivés; le tout est fixé par un fil disposé comme pour la suture du bec-de-lièvre.

2e *variété.* Si la fistule a son plus grand diamètre dans le sens vertical, ou si elle est circulaire, le lambeau est roulé parallèlement à sa longueur, de manière à former un cylindre, un bouchon dont toute la surface est saignante. Il est renversé, et son extrémité libre est enfoncée dans la fistule. Il est encore embroché avec une grande aiguille qu'on fixe par un fil disposé en 8 de chiffre.

Digitized by Google

SECTION VINGT-DEUXIÈME.

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE.

Il est impossible de parler des maladies de ce canal sans y comprendre la partie inférieure du pharynx, et je dois ne pas séparer ici la portion cervicale de l'œsophage de sa portion thoracique.

CHAPITRE PREMIER.

ANOMALIES ET DIFFORMITÉS DE L'ŒSOPHAGE.

L'œsophage peut être transposé quand il y a inversion générale des viscères ou inversion de quelques organes seulement. On comprend qu'un pareil état, s'il pouvait être constaté, nécessiterait des modifications dans l'œsophagotomie.

L'œsophage a présenté quelquefois un ou plusieurs renflements, espèces de diverticulum qui peuvent être produits aussi par une hernie de la muqueuse. Les aliments, les corps étrangers peuvent être retenus dans ces poches.

CHAPITRE II.

LÉSIONS PHYSIQUES DE L'ŒSOPHAGE.

Elles se rapportent aux plaies et aux corps étrangers.

ARTICLE Ier.

Plaies.

Plaies par incision et piqure. La position de l'œsophage est telle, qu'il est presque impossible qu'un agent vulnérant l'atteigne sans avoir d'abord blessé quelque organe important : aussi les plaies de ce conduit ne peuvent jamais être considérées comme simples. Selon la direction du corps vulnérant et sa forme, le larynx, la trachée, les carotides, les veines jugulaires, la colonne vertébrale même, des nerfs importants, une ou plusieurs de ces parties sont lésées avant l'œsophage. S'il en est ainsi pour la portion cervicale de l'œsophage, à plus forte raison pour sa portion thoracique ; car, à la rigueur, on pourrait concevoir au cou une blessure isolée de l'œsophage produite par un instrument piquant, blessure qui pourrait n'avoir nul danger, tandis qu'à la poitrine, la blessure de l'œsophage suppose presque toujours des lésions incompatibles avec la vie.

Digitized by Google

A part les blessures des organes ambiants, le fait seul de la solution de continuité de la portion thoracique de l'œsophage est très grave ; car il ne sera plus possible de lui faire charrier des aliments, des boissons dans l'estomac, sans qu'il y ait épanchement dans le tissu cellulaire lâche qui l'entoure. Or, on sait que de pareils épanchements produisent des inflammations ou des mortifications qui compromettent bientôt les jours du malade.

Symptômes. Voici d'ailleurs les phénomènes qui indiquent une blessure de l'œsophage : pour la portion cervicale, douleur en avalant, sortie des boissons par la plaie extérieure; pour la portion thoracique, la douleur est surtout exaspérée par le contact des aliments et les boissons ; il y a un sentiment de froid quand ceux-ci passent par la plaie. Enfin vient l'oppression et autres symptômes des inflammations thoraciques produits par l'épanchement dans le médiastin, et quelquefois même dans la cavité des plèvres. Il sort quelquefois des boissons, des aliments par la plaie extérieure : alors plus de doute sur la lésion de l'œsophage. Par cela même que l'œsophage ne peut presque jamais être lésé isolément, et que sa plaie est toujours compliquée, il doit surgir des accidents provenant de la lésion des organes voisins, accidents qui doivent obscurcir le diagnostic : aussi celui-ci n'est-il parfaitement établi que quand on a vu sortir par la plaie extérieure des matières qui parcourent ordinairement l'œsophage.

Pronostic. J'ai déjà dit qu'une piqûre de la portion cervicale de l'œsophage pourrait passer pour une lésion légère, car elle pourrait n'atteindre aucun autre organe important. Une plaie longitudinale, comme celle qui est produite par le bistouri du chirurgien, pourrait aussi passer pour simple, surtout s'il y avait parallélisme entre la solution de continuité de l'œsophage et celle de la peau. Dans les premiers temps, les aliments, les boissons passeraient par la plaie en quantité plus ou moins considérable, selon l'étendue de la plaie. Peu à peu cette quantité diminuerait, et en même temps la cicatrisation marcherait. Il n'en est pas de même des plaies transversales quand elles sont considérables, à plus forte raison quand elles divisent complétement le canal. Outre les accidents produits par la lésion des organes qui entourent l'œsophage, sa division complète est avec retrait des deux bouts, donne lieu à un épanchement, et quand la mort n'est pas immédiate, surviennent des accidents inflammatoires dus à l'épanchement, accidents bientôt

Digitized by Google

funestes. Quand la division n'est pas complète et qu'elle est transversale, souvent si le malade échappe à la mort, il survient une fistule.

Traitement. Le traitement sera modifié selon l'étendue de la blessure, sa direction et le siége qu'elle occupe. Si elle est peu considérable et située au cou, on se bornera à combattre les accidents inflammatoires, et on empêchera la plaie extérieure de se réunir, jusqu'à ce que celle du fond le soit, ce que l'on reconnaîtra à ce qu'il ne passe ni boisson ni aliments par la plaie extérieure. Si la plaie du cou est considérable, si on peut constater qu'elle existe à la portion thoracique de l'œsophage, dans les deux cas, une sonde œsophagienne à demeure devra assurer la pénétration des boissons et des aliments liquides dans l'estomac, et empêcher qu'ils ne s'épanchent et ne sortent par la plaie. Dans tous les cas, les antiphlogistiques ne seront pas ménagés.

Plaies par rupture. — Ruptures proprement dites. C'est un accident mortel et contre lequel la chirurgie est impuissante; heureusement il est très rare : cependant la science en possède quelques exemples. Les faits les plus remarquables ont été observés par Boerhaave, Desault et M. Guersant. Le plus célèbre est celui de Boerhaave. Je vais imiter Boyer, qui a donné l'observation avec tous ses détails ; elle est on ne peut pas plus concluante :

« Le baron de Vassenaer, grand amiral de la république de Hollande, d'une excellente constitution, mais sujet à la goutte, avait contracté l'habitude de se faire vomir avec l'ipécacuanha et l'infusion de chardon bénit, pour se débarrasser d'un poids incommode qu'il sentait à l'orifice supérieur de l'estomac toutes les fois qu'il avait fait quelques excès de table, ce qui lui arrivait assez souvent. Cette méthode lui réussissait si bien, que toutes les représentations ne purent la lui faire abandonner. Un soir, quelques heures après un dîner copieux, comme la dose ordinaire de son émétique tardait un peu trop à produire le vomissement, il l'excita en buvant une grande quantité de son infusion accoutumée et en faisant des efforts extraordinaires. Tout-à-coup il éprouva une douleur atroce, et se plaignit qu'il avait quelque chose de rompu ou de démis vers la partie supérieure de l'estomac, que la situation des viscères de la poitrine était changée, et que la mort la plus prompte allait terminer ses jours. Cet homme, qui avait toujours supporté avec une patience héroïque les attaques les plus vives de la goutte, criait, se

Digitized by Google

roulait par terre. Une sueur froide, la petitesse et la contraction du pouls, la pâleur du visage et des extrémités annonçaient d'ailleurs l'excès de ses souffrances. Transporté dans son lit, il n'y put rester que debout, soutenu par trois hommes et fortement courbé en devant. Toute autre position et le moindre mouvement augmentaient ses douleurs. Dans cet état, il but environ douze onces, tant d'huile d'olive que d'une bière médicamenteuse, qui aggravèrent encore les accidents. Le médecin ordinaire, arrivé au bout d'une heure, prescrivit une boisson adoucissante et des fomentations émollientes et anodines. Boerhaave, appelé ensuite, y ajouta, de concert avec lui, des potions anodines, des saignées, des lavements, etc., dans l'idée qu'un rétrécissement spasmodique des orifices de l'estomac était la cause de ces symptômes; conjecture d'autant plus vraisemblable que la région épigastrique s'élevait de plus en plus, et que le malade, après avoir pris une si grande quantité de boissons, ne rendait que quelques gouttes d'une urine épaisse et fort odorante. Tout fut inutile; le pouls s'affaiblit sans cesser d'être régulier; la respiration devint de plus en plus laborieuse et prompte, et le malade périt après dix heures environ de souffrances inexprimables.

» Boerhaave fit lui-même l'ouverture du cadavre. Le péritoine, les intestins et l'estomac étaient distendus par une grande quantité d'air : ce dernier organe ne contenait qu'une très petite portion des liquides que le malade avait avalés. La vessie était complétement vide et tellement contractée sur elle-même, qu'elle formait une masse solide. Du reste, tous les viscères abdominaux et le diaphragme lui-même ne présentaient rien de contraire à l'état naturel. La cavité de la poitrine contenait une grande quantité d'air qui s'échappa avec impétuosité, en produisant une espèce de sifflement, aussitôt qu'on eut fait une petite ouverture à la plèvre. Les poumons, affaissés et décolorés, nageaient dans une liqueur semblable à celle qu'on avait trouvée dans l'estomac; on en tira cent quatre onces, poids de Hollande, des deux cavités de la poitrine. Dans la cavité gauche, on voyait, à trois travers de doigt du diaphragme, une sorte de tumeur de trois pouces de diamètre, formée par un tissu cellulaire lâche et comme soufflé, auquel on remarquait une crevasse d'un pouce et demi de longueur et de trois lignes de largeur. On voyait dans l'intérieur de ce renflement l'œsophage divisé en totalité transversalement, et ses deux bouts rétractés et retirés vers leurs attaches respectives. Les recherches les plus exactes ne

Digitized by Google

firent découvrir ni ulcère ni érosion dans aucune partie de cet organe. »

Boerhaave en conclut avec beaucoup de raison que si un pareil cas se présentait de nouveau, on pourrait, à la rigueur, le reconnaître par les indices de cette histoire, mais qu'il serait absolument impossible d'y apporter aucun remède. Dans les autres exemples connus de rupture de l'œsophage, causés par les efforts violents de vomissement, ce canal a offert, à l'ouverture du corps, sur un de ses côtés, une déchirure de quelques lignes d'étendue par laquelle les liquides contenus dans l'estomac et ceux que le malade avait avalés après l'accident s'étaient épanchés dans le côté correspondant de la poitrine.

ARTICLE II.

Corps étrangers de l'œsophage.

Variétés. Ces corps étrangers sont des aliments ou des substances mêlées à eux; ce sont aussi des corps introduits involontairement ou par forfanterie dans l'œsophage. Quand les aliments s'arrêtent dans ce conduit, c'est qu'ils ont été avalés en trop grande quantité, trop précipitamment, ou sans être suffisamment mâchés. Les substances mêlées aux aliments, et qui, retenues dans l'œsophage, forment corps étranger, sont ordinairement des os, des arêtes de poisson, des épingles, de petits fragments de bois, des noyaux de fruits, etc. Les fig. 30 et 31 représentent des fragments d'os avalés par des militaires; retenus dans l'œsophage, ils ont été extraits avec succès à l'aide de l'œsophagotomie, par M. Bégin. Ces corps étrangers, qui sont ici de grandeur réelle, ont été avalés avec la soupe. En parlant du dernier os, M. Bégin fait remarquer avec raison qu'il est difficile de comprendre comment il avait pu être avalé sans que le malade l'aperçût dans la cuiller, qu'il remplissait à lui seul presque entièrement (1). Les corps tombés par accident ou fourrés dans l'œsophage par forfanterie sont des pièces de monnaie, des fourchettes, des ciseaux,

Fig. 30.

Fig. 31.

(1) Voyez obs. 1 et 2 du Mémoire de M. Bégin, *Journal universel et hebdomadaire*, tom. XI.

Digitized by Google

un abricot, une châtaigne sans son enveloppe, un œuf durci sans la coque, etc.

Comme on le voit, tous ces corps varient selon leur volume, leur forme, leur consistance, leur nature. Ils sont volumineux, exemple un œuf durci; ils sont longs et piquants, comme les aiguilles; anguleux, comme les fragments d'os, des écailles d'huître; ronds, exemple les châtaignes; ils sont durs, noyaux, pièces de monnaie, etc.; mous, morceaux de chair, pulpe de fruits, etc. Leur direction varie aussi; ils sont seulement appliqués contre les parois de l'œsophage, ou engagés, implantés dans leurs parois et les perforant, comme on le verra sur la figure 34. Toutes ces différences doivent en apporter dans le diagnostic, dans les accidents, dans la terminaison; elles doivent aussi nécessiter des modifications dans les procédés opératoires.

Mécanisme de leur introduction. Voici le mécanisme le plus ordinaire de l'introduction des corps étrangers; il a été bien exposé par M. Bégin : « Durant le second temps de la déglutition, le larynx et le pharynx sont élevés par leurs muscles supérieurs, et viennent, le premier recouvert par la base de la langue et l'épiglotte, le second dilaté en forme d'entonnoir, au-devant du bol alimentaire, qui s'y trouve précipité avec une force proportionnée à la gloutonnerie de l'individu. Lorsque ces parties s'abaissent, la bouchée ingérée est par cela même arrivée d'emblée plus ou moins bas dans la première portion de l'œsophage. Si le corps avalé avec elle est long, aigu, et se présente en travers ou obliquement, sa pointe ira souvent heurter le pharynx lui-même contre les piliers du palais, et il s'y implantera avec plus ou moins de force. On extrait très fréquemment ainsi des épingles ou des arêtes de poisson, enfoncées sur les côtés ou au fond de l'arrière-bouche et au voisinage des tonsilles. Mais lorsque le corps étranger est plus volumineux, garni d'aspérités moins incisives, ou enveloppées de substances molles et onctueuses qui facilitent son glissement, il franchit le pharynx sans être senti, sans blesser en aucune façon les parois écartées de cet organe, sans que les malades se doutent le moins du monde de l'accident qui leur arrive. Ce n'est qu'à l'instant où l'œsophage s'empare pour ainsi dire de l'aliment qui vient de lui être envoyé et se contracte sur lui, que le corps étranger décèle sa présence. Sa marche se ralentit alors; ses aspérités, mises à découvert, irritent la membrane muqueuse, et il s'arrête; enfin, les fibres musculaires du conduit le pressent avec force et forment au-dessus et au-dessous de ses points de contact un

Digitized by Google

bourrelet qui s'oppose à ce qu'il continue de descendre vers l'estomac, aussi bien qu'à son ascension rétrograde vers la bouche. Les efforts du sujet, les mouvements convulsifs de la déglutition ou de vomissement ne font souvent, lorsqu'ils ne réussissent pas, que rendre l'enclavement plus solide, en augmentant l'irritation des parties, et en faisant pénétrer plus profondément les aspérités qui blessent la membrane.

« Les corps étrangers qui franchissent le niveau de la première pièce du sternum descendent toujours plus bas, à raison des contractions plus lentes et plus douces du conduit dont la dilatation n'est plus gênée ni par le volume de la trachée-artère, ni par l'anneau osseux du sommet de la poitrine. La partie de l'œsophage que le diaphragme embrasse forme seule un dernier détroit que certains corps ne peuvent franchir, et au-dessus duquel on les a vus séjourner pendant un temps plus ou moins long. En beaucoup de circonstances, une sensation intérieure et pénible de dilatation ou de déchirement permet de suivre la marche du corps étranger le long de la colonne dorsale, et redouble de vivacité lorsqu'il franchit le cardia; après quoi, un soulagement indicible annonce que le danger est passé et qu'il a pénétré dans l'estomac (1). »

C'est aux deux extrémités de l'œsophage que les corps étrangers s'arrêtent le plus souvent : en haut à sa jonction avec le pharynx, en bas à sa terminaison au cardia, puis au point du conduit qui correspond au bord supérieur du sternum. Mais de ces trois points, c'est au supérieur qu'on trouve le plus souvent les corps étrangers. Voici, d'ailleurs, les phénomènes et accidents auxquels ils donnent lieu :

Symptômes et diagnostic. Douleur locale et continuelle ou intermittente, ou pour mieux dire rémittente, efforts violents et convulsifs de vomissement, difficulté, impossibilité même de la déglutition, surtout des solides; voilà les phénomènes qui appartiennent à l'organe lésé. Mais selon le siége, le volume, la forme, la direction des corps étrangers, surviendront d'autres symptômes : les principaux portent sur la respiration; elle peut être gênée ou interrompue de deux manières : 1° si c'est un corps très volumineux, un œuf, une châtaigne qui, avant d'entrer dans l'œsophage, oblitèrent l'ouverture du larynx, il y a suffocation immédiate; 2° moins volumineux, le corps entre réellement dans l'œsophage et peut aller arrêter ou en-

(1) *Nouveaux éléments de chirurgie*. Paris, 1828, tome II.

Digitized by Google

traver le passage de l'air. Mais ici c'est par une compression latérale du conduit aérien.

Les efforts de vomissement, l'entrave apportée à la respiration et aussi la compression exercée par le corps étranger sur quelques vaisseaux, produisent une tuméfaction et une rougeur du visage très marquées. Le malade crache quelquefois du sang; c'est surtout quand le corps étranger, piquant, anguleux, a blessé l'œsophage. Si à ces symptômes se joint une tumeur dure sur un point du cou, formée seulement depuis l'accident, plus de doute sur l'existence du corps étranger. Cependant on ne devra jamais négliger le cathétérisme de l'œsophage, qu'on pratiquera avec une longue sonde terminée par une extrémité olivaire ou tout-à-fait ronde. Elle sera enduite d'un corps gras; le malade, assis, appuiera sa tête sur la poitrine d'un aide; le chirurgien, après avoir abaissé la langue avec l'index de la main gauche, portera la sonde le plus profondément possible, et pour être sûr de pénétrer dans l'œsophage, il dirigera l'instrument explorateur de manière que son extrémité n'abandonne jamais la paroi postérieure du pharynx. Si l'instrument est arrêté, après l'avoir retiré un peu quand il a rencontré l'obstacle, on l'enfonce encore en le tournant un peu sur son axe; si, après plusieurs répétitions de cette manœuvre, on ne peut le faire pénétrer, c'est qu'un corps étranger existe dans l'œsophage. D'ailleurs je décrirai plus tard et avec plus de détail le cathétérisme de l'œsophage. Ce que j'ai déjà dit sur les variétés et les effets des corps étrangers établit suffisamment le pronostic. Quant au traitement, il est presque entièrement puisé dans la médecine opératoire. Je décrirai les manœuvres nécessaires à la fin de cette section.

CHAPITRE III.

LÉSIONS VITALES DE L'ŒSOPHAGE.

Je n'ai pas à décrire les diverses affections nerveuses de l'œsophage ni même l'œsophagite. Le peu que je devais dire de cette inflammation l'a été déjà quand j'ai traité du diagnostic différentiel de la laryngite. Ici je dois seulement quelques détails sur les résultats les plus ordinaires des lésions vitales de l'œsophage.

ARTICLE Ier.

Rétrécissements de l'œsophage.

En plaçant ici les rétrécissements de l'œsophage, je ne voudrais

Digitized by Google

pas qu'on pût en inférer qu'ils sont toujours la conséquence d'une inflammation, car les diminutions du calibre de l'œsophage peuvent être produits par une infinité de causes. Mais il est certain que l'inflammation joue ici un rôle dans le plus grand nombre des cas. Depuis qu'il est question des maladies du cou, il a été plusieurs fois fait mention des lésions des parties voisines de l'œsophage qui pouvaient exercer sur lui une compression. Les rétrécissements de l'œsophage peuvent dépendre d'une lésion de ce canal lui-même ou d'une maladie des organes du cou, des organes de la poitrine qui ont le plus de rapports avec lui.

1° Parmi les lésions de l'œsophage lui-même, il en est qui portent plus spécialement sur l'innervation, d'autres sur la circulation; il en est enfin qui sont produites par des changements dans les éléments organiques du conduit. Qui ne voit se reproduire ici la division des rétrécissements de l'urètre en *spasmodiques*, *inflammatoires* et *organiques?* Il y a, en effet, des rétrécissements de l'œsophage qui sont dus à un spasme; on les voit survenir chez des sujets irritables, nerveux; ils se lient à des névroses de cet organe ou à des maladies nerveuses générales, telles que l'hypochondrie, l'hystérie, la rage. Une boisson froide, un accès de colère, une forte commotion morale, des vers dans l'estomac, ont été rangés parmi les causes du rétrécissement spasmodique. Les symptômes ne sont pas permanents; il y a des moments de répit, d'intermittence, des moments où la sonde œsophagienne parcourt bien l'œsophage, tandis que, dans d'autres moments, elle est opiniâtrément arrêtée à l'embouchure même du canal. Il est des aliments, des boissons qui passent facilement, d'autres qui sont rejetées; tantôt ce sont les boissons chaudes, tantôt ce sont celles dont la température est basse. Si le rétrécissement porte sur l'ouverture de l'œsophage, c'est au commencement de la déglutition que le vomissement a lieu. Si, au contraire, l'obstacle existe dans la poitrine, comme chez certaines femmes hystériques, c'est plus tard, quand le sujet croit que la déglutition s'est opérée.

Les bains, les antispasmodiques, quelquefois une influence morale, produisent un bon effet dans ces rétrécissements spasmodiques. Sauvages et Boyer font mention de dysphagies qui tenaient à l'imagination des malades; ce n'est qu'en agissant sur elle qu'on peut arrêter ce symptôme.

Les rétrécissements inflammatoires ne sont autre chose que des

Digitized by Google

œsophagites dues à la déglutition de substances irritantes, de certains poisons, à l'action du froid, etc. ; c'est l'angine œsophagienne. Je ne noterai ici qu'une chose ; c'est que, comme les rétrécissements inflammatoires de l'urètre, ceux-ci peuvent être combinés avec un état nerveux, c'est-à-dire qu'il peut y avoir spasme avec gonflement ; aussi observera-t-on toujours la déglutition difficile ; mais, dans certains moments, il y aura moins de difficulté que dans d'autres. Ainsi, quand il y a impossibilité de la déglutition, cette impossibilité n'est pas de tous les moments. Quelquefois, en effet, l'obstacle n'est pas invincible : certains aliments passent, tandis que d'autres sont rejetés ; tantôt, ce sont les boissons chaudes, tantôt, au contraire, ce sont les boissons froides : ce qui arrive précisément dans les rétrécissements spasmodiques. Les rétrécissements inflammatoires sont d'ailleurs traités par les antiphlogistiques : sangsues au cou, bains généraux, etc.

Les rétrécissements dits organiques sont, dans le plus grand nombre des cas, des cancers de l'œsophage. Rarement ils sont produits par des endurcissements fibreux, comme on l'observe à l'urètre ; plus rarement encore ils sont osseux. C'est encore par grande exception qu'on rencontre des polypes constituant l'obstacle à la déglutition. Tous ces cas sont d'ailleurs extrêmement graves, presque toujours mortels. C'est au niveau du cartilage cricoïde et près le cardia qu'ont lieu le plus souvent les rétrécissements organiques, c'est-à-dire au commencement et à la fin de l'œsophage.

2° Les lésions étrangères à l'œsophage qui peuvent diminuer son calibre ou changer sa forme sont des tumeurs produites par les artères, le plus souvent des anévrismes des carotides de l'aorte ; des tumeurs provenant des ganglions du cou, de la poitrine ; des tumeurs s'élevant de la colonne vertébrale ; des abcès ; le goître, etc.

L'analogie entre les rétrécissements de l'urètre et ceux de l'œsophage a dû faire naître l'idée de les traiter par les mêmes moyens. On ne s'est donc pas contenté de la dilatation, on a voulu pratiquer la cautérisation ; on cite même des succès obtenus par cette méthode. Mais d'abord ces succès peu nombreux sont loin de posséder l'authenticité nécessaire pour faire admettre dans la pratique un moyen si difficile à manier et qui peut devenir si dangereux. En effet, s'il y a possibilité, à la rigueur, d'établir quelle est la partie de l'œsophage qui est rétrécie, il est très difficile de connaître l'étendue du rétrécissement ; pour le cautériser, il faut une quantité de caustique

Digitized by Google

qui, en se dissolvant, peut produire sur l'œsophage et dans l'estomac une phlegmasie très grave. D'ailleurs, pour quels rétrécissements emploierait-on les caustiques? On ne pourrait y songer pour ceux qui sont spasmodiques, et ils ne sont pas admissibles pour les rétrécissements organiques car ceux-là sont presque toujours produits par un cancer : or, que peuvent contre lui les caustiques et surtout ici? S'ils ont quelquefois été efficaces, c'est quand ils ont complétement détruit le mal : or, qui peut se flatter de brûler entièrement un cancer de l'œsophage? qui oserait le tenter? La cautérisation serait encore plus dangereuse et absurde, si on l'employait dans les cas où les parois de l'œsophage sont rapprochées par une tumeur voisine de ce conduit : or, il n'est guère possible de diagnostiquer les cas où le rétrécissement est dû à une de ces causes, des cas où il est produit par un épaississement même des parois de l'œsophage. Il faut donc se contenter d'employer la dilatation avec des sondes œsophagiennes, dont on augmentera progressivement le volume. Si elles sont supportées, on les laissera à demeure ; sinon, on renouvellera souvent le cathétérisme. On pourrait fabriquer de ces sondes avec un ventre qu'on dilaterait quand la sonde serait engagée dans le rétrécissement. Ici, comme dans les rétrécissements de l'urètre, la récidive est fréquente : aussi ne saurait-on trop prolonger le traitement et surveiller le malade, pour le remettre à l'usage de la sonde, quand des difficultés de la déglutition se reproduisent.

Opérations qu'on pratique sur l'œsophage.

Comme la plupart de ces opérations nécessitent l'introduction préalable d'une tige dans l'œsophage, et qu'il en est même qui ne consistent qu'en cela, je commencerai par décrire la manière de sonder l'œsophage.

I. CATHÉTÉRISME DE L'ŒSOPHAGE.

On peut sonder par la bouche ou par les narines. Plusieurs instruments ont été inventés dans ce but ; le plus simple et le plus commode est une longue sonde de gomme élastique, de 4 à 5 lignes de diamètre, et qui est appelée sonde œsophagienne.

A. *Par la bouche.* Quand on peut faire ouvrir la bouche au malade, le cathétérisme offre peu d'obstacles; il suffit de déprimer la langue avec le doigt indicateur gauche, lequel peut être porté

Digitized by Google

jusqu'à l'épiglotte. On fait glisser la sonde sur ce doigt, qui la conduit ainsi jusque sur la paroi postérieure du pharynx. Cette paroi dès lors sert de guide à la sonde jusqu'à l'œsophage. Comme tout cathétérisme, celui-ci doit être exécuté avec douceur et ménagement pour ne pas offenser les parties, et même les perforer, comme dans un cas cité par C. Bell. Une suffocation imminente indiquerait promptement qu'on a fait fausse route, et qu'on a pénétré dans le larynx. Je ne sais si on doit croire à ces observations, dans lesquelles les malades respiraient pendant longtemps par la sonde introduite par les voies aériennes, et supportaient même des injections de bouillon, comme l'a rapporté Desault.

L'introduction d'une sonde dans l'œsophage est quelquefois très difficile chez les personnes irritables, qui sont prises de nausées, de toux, même de suffocation, et s'agitent avec effort pour peu qu'on pénètre dans le canal : il faut alors réitérer les tentatives, afin d'accoutumer les parties au corps étranger. La sonde laissée à demeure dans la bouche cause quelquefois des accidents. Boyer conseille alors de la ramener dans les fosses nasales au moyen d'un fil passé à son pavillon, et conduit par le nez avec la sonde de Belloc.

M. Velpeau a fait remarquer qu'il ne serait pas prudent de laisser cette sonde en place trop longtemps de suite, car elle pourrait ulcérer quelque point des parties qu'elle comprime.

Quand la bouche est tenue fermée par une tumeur ou une ankylose, et qu'on doit cependant pratiquer ce cathétérisme, il faut alors tirer parti de l'absence de quelques dents pour introduire la sonde, ou en extraire une ou deux, ou bien faire glisser l'instrument derrière la grosse molaire. Mais, dans tous ces cas, on ne peut guère pénétrer dans l'œsophage, à cause de la direction vicieuse de l'instrument. On doit alors se contenter de verser les matières alimentaires par l'orifice du pharynx ou diriger l'instrument par les fosses nasales.

B. *Par les fosses nasales.* Le malade, assis, a la tête renversée en arrière; un aide la soutient. On introduit la sonde dans une des narines, en la poussant rapidement jusque sur la paroi pharyngienne postérieure. Avec le doigt ou un crochet mousse porté par la bouche derrière le voile du palais, on courbe l'extrémité de la sonde pour la dégager et l'accommoder à la direction du conduit qu'elle doit parcourir. On pousse alors doucement et en ligne droite jusque dans l'œsophage, où la sonde s'engage sans obstacle. Si on

Digitized by Google

veut éviter que la sonde arc-boute contre la colonne vertébrale, on la conduira à travers les fosses nasales par un mandrin courbe qui contournera en arrière le voile du palais. On le retirera dès que la sonde est dans l'arrière-bouche. Ce procédé est surtout préférable quand l'occlusion de la bouche empêche d'introduire dans cette cavité le doigt conducteur.

Le cathétérisme par le nez est pénible et plus difficile que le procédé par la bouche. Mais il convient mieux, quand les sondes doivent rester à demeure pour la nourriture des malades.

« J'ai, dit M. Sédillot, prolongé ainsi pendant plusieurs mois l'existence d'un homme atteint d'un cancer de l'œsophage avec perforation de la trachée : la sonde était introduite sans mandrin par les narines, en ayant soin de la tremper dans de l'huile, et d'en recourber légèrement le bec pour ne pas heurter perpendiculairement la paroi pharyngienne postérieure. Cette sonde restait ordinairement quarante-huit heures en place, et n'amena jamais aucun accident par son contact prolongé ; le malade finit par succomber à une perforation de l'œsophage et de la plèvre droite, et à l'épanchement qui en résulta (1). »

II. OPÉRATIONS MOTIVÉES PAR LES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE.

Pour régler sa conduite, le chirurgien doit savoir ce que deviennent les corps étrangers de l'œsophage abandonnés aux seuls efforts de l'organisme : 1° ils sont rejetés par le vomissement ; 2° complétement avalés, ils parviennent à l'estomac, et cela de deux manières : peu de temps après leur introduction dans l'œsophage par les efforts de déglutition, ou bien après la chute de l'inflammation, quand le gonflement a cessé et que la suppuration ou une sécrétion abondante de la muqueuse œsophagienne ont favorisé le glissement, la chute du corps dans l'estomac ; 3° le corps étranger s'ouvre une nouvelle voie par l'inflammation ulcérative ; il va dans le tissu cellulaire former un abcès, lequel est percé sur un point de la peau plus ou moins éloigné de l'œsophage, et, avec le pus, le corps étranger est éliminé ; 4° au lieu de suivre cette voie, il peut passer de l'œsophage dans un autre conduit ; des voies digestives, il passera dans les voies de la respiration ou de la circulation. Ainsi Dupuytren a vu un corps étranger de l'œsophage passer dans la trachée. M. Bernest a observé la perforation de l'artère

(1) Sédillot, *Médecine opératoire*.

Digitized by Google

pulmonaire. MM. Laurencin et Léger parlent du même accident arrivé à l'aorte; 5° les corps étrangers volumineux bouchent l'entrée du larynx, produisent une prompte suffocation quand ils sont à l'embouchure de l'œsophage, car alors ils compriment l'entrée du larynx; la suffocation est moins prompte, mais non moins sûre, par les corps étrangers déjà engagés dans l'œsophage, qui compriment fortement le conduit aérien; 6° on n'oubliera pas que l'inflammation du tissu cellulaire profond du cou, déterminée par le corps étranger, peut, à elle seule, tuer le malade, et qu'il n'est pas sans exemple que des congestions cérébrales aient été produites par une pareille cause.

Les partisans de la temporisation, ceux surtout qui s'opposent à l'œsophagotomie, puisent leurs arguments dans les trois premières éventualités. Les praticiens qui préfèrent une chirurgie plus active opposent les deux dernières qui sont des accidents. Le chirurgien de notre époque qui s'est le plus occupé de cette question est partisan de l'œsophagotomie. M. Bégin, auteur d'un travail important sur l'œsophagotomie déjà cité, « sans faire de grands frais d'érudition, a rassemblé plus de vingt cas de mort récemment observés dans l'armée sans qu'un seul exemple de guérison établisse la moindre compensation en faveur de l'inaction (1). »

A l'opinion de M. Bégin se réunissent la plupart des chirurgiens de nos jours. Il faut donc agir dès qu'on a la conviction qu'un corps étranger un peu volumineux est engagé dans l'œsophage.

La médecine opératoire possède trois procédés pour débarrasser l'œsophage d'un corps étranger; ils correspondent aux trois premières éventualités dont il vient d'être question. Je les décrirai dans l'ordre déjà indiqué : 1° *Extraction par la bouche :* ce procédé correspond au vomissement. 2° *Propulsion :* le corps étranger est poussé vers l'estomac; c'est une déglutition forcée. 3° *Œsophagotomie* : c'est l'extraction par une voie accidentelle. Le bistouri ouvre la voie d'élimination, laquelle est tracée par l'ulcération quand c'est la nature qui fait tous les frais.

Extraction par la bouche. On peut opérer de deux manières : 1° le corps est saisi par sa partie supérieure avec des pinces diversement configurées; les plus simples sont les pinces courbes à polypes, celles de Ravaton, dites de Hunter, destinées

(1) Voyez *Journal universel hebdomadaire*, tome XI, pages 93, 124.

Digitized by Google

à extraire les corps étrangers de l'urètre. On a multiplié leurs branches et on a eu des *géranorhynques* (Missoux), puis on leur a donné la forme des litholabes (Blondeau). On a eu pour but de saisir le corps étranger en même temps qu'on écartait les parois de l'œsophage afin de faciliter sa marche ascendante. Au lieu de se servir d'un seul instrument pour remplir ces deux indications, M. Gensoul, ayant à retirer un os de l'œsophage, le saisit d'abord avec une pince coudée appelée bec-de-grue, puis avec une autre pince très longue appelée *acontalabolan*, dont il écarta fortement les mors, il dilata l'œsophage. A peine eut-il opéré ce mouvement de dilatation, qu'il put retirer un os pour l'extraction duquel tout avait échoué. M. Gensoul termine l'observation qui a trait à ce corps étranger par déclarer que toutes les fois qu'un corps étranger est engagé dans la partie supérieure de l'œsophage, il peut toujours être extrait par la bouche, quel que soit son volume (1). Il faut ajouter, selon moi, si le sujet est docile, si l'inflammation causée par le corps étranger n'est pas trop vive et s'il n'y a pas gonflement des parties en contact avec le corps étranger.

2° Les instruments qui ont pour but d'extraire le corps étranger en le poussant de bas en haut se rapprochent plus ou moins du crochet, d'une anse, d'un refouloir. Leur emploi offre quelquefois des difficultés et des dangers. Il faut d'abord que l'instrument passe sous le corps étranger, ce qui est difficile quand le corps est un peu volumineux, et quand l'œsophage, par les contractions ou par le gonflement inflammatoire, revient fortement sur lui-même. Ensuite, quand on tire sur l'instrument, pour que le corps étranger le suive, il faut qu'il soit bien accroché : or, quelquefois au lieu d'accrocher le corps étranger, on accroche l'œsophage; de là de nouvelles diffiultés et de vrais dangers. Pour les éviter on a terminé le crochet par un bouton. Quelquefois le crochet, au lieu d'être simple, est double; il est fixé sur une tige qui le supporte, ou il est mobile. J.-L. Petit en avait fait un à anse avec un fil d'argent recuit, dont la tige était en spirale, et recourbée vers son anse comme l'élévateur des paupières de Pellier. Quelquefois ce sont des anses complètes, et alors on cherche à extraire un corps étranger comme on enlève un bouchon enfoncé dans le corps d'une bouteille. Dernièrement on a inventé un instrument représentant un parapluie que l'on introduirait fermé; parvenu sous le corps étranger, on le déploierait pour

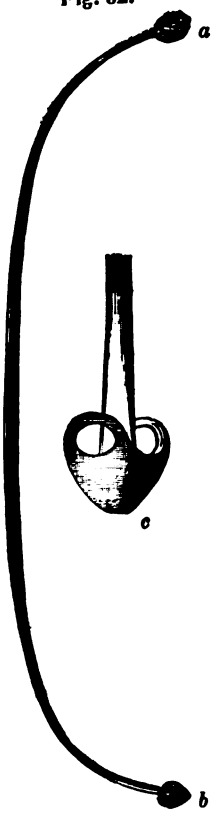
(1) *Gazette médicale*, tome I, page 191.

Digitized by Google

le retirer ensuite. Quant aux instruments qui simulent un refouloir, c'est l'éponge qui les représente le mieux ; on hâte le temps de son introduction ; une fois derrière le corps étranger, elle se gonfle, et en la retirant on balaie tout ce qui est devant elle : c'est une espèce de ramonage. Pour que l'éponge ne se gonfle pas pendant son introduction, Hévin conseillait de l'enfermer dans une bourse de canepin ; Quénay proposait un boyau de mouton.

L'instrument le plus usité aujourd'hui est celui que je représente fig. 32. C'est une tige en baleine quatre fois plus longue que sur cette figure. A l'extrémité *a* est une éponge qui peut servir à la propulsion ; à l'extrémité *b* est une double anse métallique qui est mobile ; on voit, *c*, cette anse, grandeur réelle. La forme de cette extrémité *b* est très favorable à l'introduction de l'instrument, et les deux anses, dont la convexité regarde en haut, sont très favorables pour ramasser tout ce qui se trouve dans l'œsophage. Quand les instruments sont engagés dans l'œsophage, au lieu de tirer avec force, il vaut mieux leur imprimer des mouvements de va-et-vient, des mouvements de mi-rotation ; enfin essayer toutes les directions, tâtonner longtemps ; on pourrait alors s'aider de la pince employée par M. Gensoul pour dilater l'œsophage, afin de faciliter l'extraction de l'instrument quand il est accroché à l'œsophage.

Fig. 32.



3° Quand on ne peut extraire les corps étrangers par les moyens que je viens d'indiquer, on a proposé de provoquer le vomissement. Pour cela, on a titillé la luette, gorgé le malade d'eau chaude, administré des vomitifs. Mais ces moyens peuvent augmenter les difficultés de l'extraction, et on doit craindre en les répétant trop la rupture de l'œsophage, surtout si le corps étranger est fortement engagé dans une partie profonde de ce canal.

Propulsion. Une tige en baleine, comme celle que je viens de représenter (un quart grandeur réelle), une sonde en gomme élastique, terminées par un tampon en éponge ou en linge, voilà les

Digitized by Google

meilleurs moyens pour enfoncer les corps étrangers dans l'estomac.

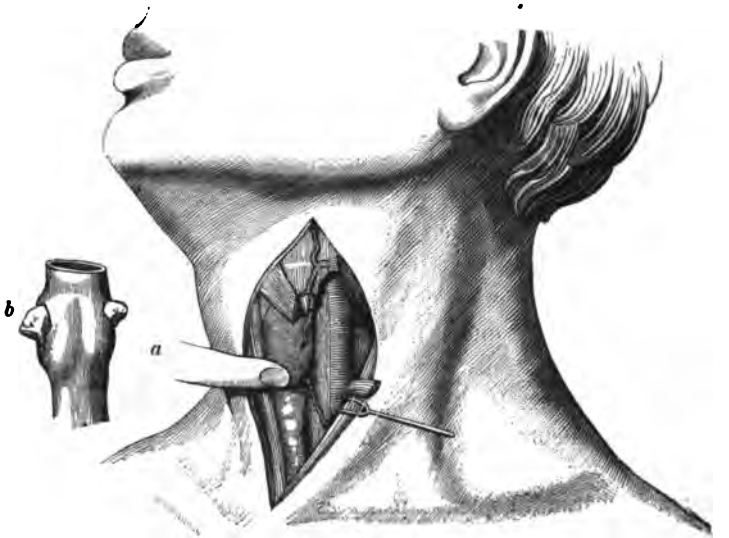
On sait que Paré se servit d'une tige de poireau pour pousser dans l'estomac un gros morceau de tripe retenu dans l'œsophage. On a aussi conseillé de faire avaler au malade une grande quantité d'eau, d'huile, de grandes bouchées d'aliments, une figue retournée, des pruneaux sans le noyau, une éponge retenue par un fil, etc. Ces derniers moyens peuvent très bien devenir eux-mêmes corps étrangers, et au lieu d'un, le malade en aurait deux. Il ne faut d'ailleurs repousser dans l'estomac que les corps qui ne peuvent lui nuire, que ceux qui ne peuvent nullement être extraits par la bouche.

Fig. 33.

Œsophagotomie. Il est réellement déplorable de voir les lenteurs des progrès de la médecine opératoire sur ce point important. B. Bell, Boyer, Richerand, copient à peu près Guatani, lequel décrit une mauvaise méthode. Il faut à Chopart et à Desault que le corps étranger fasse saillie; ils n'incisent que sur lui. Wacca Berlinghieri, pour suppléer à cette saillie du corps étranger, imagina un instrument basé sur la sonde dont se servent certains lithotomistes pour faire saillir le point de la vessie qu'ils veulent attaquer quand ils pratiquent la taille sus-pubienne. Voyez fig. 33. *a* est la sonde demi-grandeur réelle qui, fendue dans le tiers de son étendue qui correspond au bec, laisse échapper le mandrin *b* qu'on introduit dans la sonde quand elle est parvenue au point où on veut inciser. La courbure que présente le mandrin sur le point où il s'échappe de la sonde distend l'œsophage, ce qui fait qu'on le trouve plus facilement après les premières incisions, et qu'on l'ouvre plus facilement aussi. N'est-il pas plus simple cependant, à une époque comme la nôtre, de se servir des lumières de l'anatomie pour aller à la découverte de l'œsophage? Si le corps étranger par sa saillie peut faciliter les recherches, tant mieux; si on n'a pas cette donnée, l'anatomie en fournit bien d'autres.

Digitized by Google

Fig. 34.



La bonne méthode pour parvenir à l'œsophage consiste à pratiquer la première incision comme s'il s'agissait de la ligature de l'artère carotide primitive. C'est entre les sterno-hyoïdien et thyroïdien d'un côté et le sterno-mastoïdien de l'autre qu'il faut d'abord inciser ; l'espace triangulaire formé en dedans par les premiers, en dehors par le dernier muscle, voilà *le point de départ ; le point d'arrivée* est la colonne vertébrale (2).

C'est à gauche qu'on opère, parce que la portion cervicale de l'œsophage se porte à gauche à mesure qu'elle descend. Le chirurgien est aussi placé à la gauche du malade. Cette position lui permet de mieux voir les parties qu'il découvre, et sa main droite étant du côté de la tête, l'extraction du corps étranger est plus facile. L'incision est donc pratiquée sur le sillon indiqué ; elle est oblique de bas en haut ; elle part à un doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, et s'arrête au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. A la fig. 34, l'incision est plus étendue parce que j'ai voulu montrer le plus de parties possible en rapport avec l'œsophage. On divise, on écarte les tissus comme je l'ai dit en parlant de la ligature de l'artère carotide. Toujours l'index de la main gauche touche, explore, presse les tissus avant leur division :

(1) Voyez dans le premier volume l'explication de ces termes à l'article *Ligature*. Voyez surtout le procédé pour découvrir l'artère carotide, tom. II.

Digitized by Google

quand il a atteint la colonne vertébrale, l'incision est assez profonde; il a, alors, en dehors, l'artère carotide qu'il sent battre, puis la veine jugulaire interne et des nerfs importants; il protège le tout et dirige le bistouri qui marche en dedans sous la trachée. Selon M. Bégin, il faut diviser l'homo-hyoïdien; on se donne ainsi plus de facilité pour les manœuvres. Cette division est représentée à la fig. 34. En se dirigeant, comme je l'ai dit, vers la trachée, l'œsophage se présente bientôt à l'opérateur; on le reconnaît à sa surface arrondie, à une certaine résistance et à des mouvements qui sont dus à la déglutition. On remarque qu'à la fig. 34 l'incision est très étendue, et elle est plus rapprochée du conduit aérifère que l'incision destinée à la ligature de la carotide. Je crois qu'on doit prendre pour point de départ le point du conduit aérifère où se trouve le doigt d'un aide *a*. Après ce conduit, en allant du doigt indiqué vers le muscle sterno-mastoïdien, arrive l'œsophage, puis l'artère carotide primitive. On ouvre l'œsophage en long, dans l'étendue de 14 millimètres et sur le côté gauche. L'incision d'ailleurs est proportionnée au volume du corps étranger; quelquefois ce n'est qu'un débridement d'une ouverture que la nature a déjà faite. Ainsi, fig. 34 *b*, on voit une portion d'œsophage qui contient un os dont les angles ont perforé cet organe. Ici on n'aurait qu'à agrandir en haut et en bas la perforation causée par le corps étranger. Après l'ouverture de l'œsophage, il sort des mucosités; on agrandit cette ouverture avec des ciseaux ou un bistouri boutonné, si on veut facilement introduire un doigt, des instruments explorateurs, des tenettes.

C'est entre les deux artères thyroïdiennes que l'œsophage est ordinairement ouvert; la supérieure est plus superficielle, plus éloignée de la poitrine. Si donc il est nécessaire d'agrandir l'ouverture, on débridera plutôt en haut qu'en bas, car la lésion de l'artère thyroïdienne supérieure serait moins grave et sa ligature plus facile. J'ai fait représenter ces deux artères à la fig. 34. L'inférieure est indiquée par l'érigne qui écarte le muscle sterno-mastoïdien; l'autre est tout près du ventre supérieur de l'omoplato-hyoïdien. Règle générale, tout vaisseau important sera lié à mesure qu'il sera ouvert.

Il n'y a pas de règle particulière à donner pour l'extraction des corps étrangers; l'opérateur devra se procurer un bon nombre de pinces, pour en avoir de toute forme, de toute grandeur; celles qui serviront le plus souvent sont celles un peu courbes, un peu fortes, employées ordinairement pour l'extraction des polypes. Le pan-

Digitized by Google

sement doit être simple; on ne tentera pas la réunion immédiate; une compresse fenêtrée et cératée, un gâteau de charpie, une simple bande roulée, voilà tout l'appareil à appliquer. Les soins consécutifs sont ceux qu'on prodigue ordinairement aux malades qui ont subi une grande opération. Seulement ici, quand on veut nourrir le malade, il faut des précautions particulières. Au lieu d'abuser des lavements nourrissants, on fera bien d'alimenter le blessé par la sonde œsophagienne qu'un chirurgien habile saura toujours introduire sans nuire à la cicatrisation.

SECTION VINGT-TROISIÈME.

MALADIES DU CORPS THYROÏDE.

Dans un temps peu éloigné de nous, on appelait goître, non seulement les tumeurs formées par le développement du corps thyroïde même, mais toutes celles de la partie antérieure du cou. On a donc confondu, sous ce nom, une foule de lésions : de là beaucoup d'obscurité dans la recherche des causes, beaucoup de difficultés dans l'appréciation des moyens thérapeutiques fournis par la médecine proprement dite et par la chirurgie.

On ne pourra commencer à dissiper ces obscurités, à lever ces difficultés, que quand le scalpel aura fait la part de chaque modification organique ; c'est donc à l'anatomie pathologique qu'on doit demander les lumières pour éclairer la marche à suivre dans l'histoire des maladies du corps thyroïde. Les travaux de Walther, ceux de Sacchi, de MM. Maunoir et Cruveilhier, ont surtout mis cette vérité en évidence. Sacchi avait déjà, en 1827, rassemblé beaucoup d'observations concernant ces maladies ; en 1832, il a publié un travail très important sous le point de vue anatomique : aussi le mettrai-je à profit dans la composition des chapitres suivants (1).

CHAPITRE PREMIER.

LÉSIONS PHYSIQUES DU CORPS THYROÏDE.

ARTICLE Ier.

Plaies du corps thyroïde.

Les plaies du corps thyroïde ne sont remarquables que par l'hémorrhagie à laquelle elles peuvent donner lieu, car cet organe est

(1) *Annali univ. di med.*, décembre 1832. Voyez aussi *Archives de médecine*, 2e série, tome II.

Digitized by Google

très vasculaire. L'hémorrhagie artérielle est quelquefois difficile à arrêter, parce que les communications des vaisseaux étant nombreuses et très larges, quand on a lié le tronc artériel, le sang donne par les branches et même par les capillaires; on ne peut guère employer la compression, à cause du voisinage du conduit aérien, et la cautérisation pourrait y être dangereuse si on était obligé de la faire profonde. Les hémorrhagies veineuses peuvent aussi offrir des difficultés pour les arrêter, si le malade ne respire pas librement, s'il fait des efforts, pousse des cris. J'ai déjà parlé de cette circonstance. Il ne faut négliger aucune ligature dans une plaie du corps thyroïde, tordre les vaisseaux qui n'ont pu être liés, et réunir immédiatement. Cette réunion fait que les tissus se compriment mutuellement; de là une nouvelle chance favorable à l'arrêt du sang.

CHAPITRE II.

LÉSIONS VITALES DU CORPS THYROÏDE.

Ces lésions se rapportent à l'inflammation et à l'hypertrophie, laquelle constitue une forme de goître.

ARTICLE Ier.

Inflammations du corps thyroïde.

Le corps thyroïde peut s'enflammer comme les autres organes. Il est facile de distinguer une inflammation d'une hypertrophie : ici le traitement antiphlogistique sera employé dans toute sa vigueur, à moins que le sujet ne soit très jeune et débile. Sacchi dit que si par les rapports du corps thyroïde, son inflammation se complique souvent d'accidents du côté du cerveau et des poumons, par compensation, sa structure, éminemment vasculaire et surtout veineuse, favorise la résolution. Mais aussi ses rapports avec les veines font que la phlébite peut venir constituer une terrible complication (1). Cette structure établit une analogie de ce corps avec la rate; il y en a une autre dans certains états pathologiques de ces deux organes : en effet, ils sont fréquemment le siége de congestions sanguines; mais il est rare que cet afflux de sang donne lieu d'une manière prompte à des lésions profondes, ce sont plutôt des hypertrophies qui s'établissent d'abord. Quelquefois la congestion se transforme en véritable apoplexie, il y a hémorrhagie dans le sein de l'organe, formation de caillots sanguins qui peuvent provoquer l'inflammation, la sup-

(1) *Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, t. II, 35e livraison.

Digitized by Google

puration. Quelquefois le sang épanché subit les modifications décrites à l'article *Contusion*, tome Ier. En suivant les transformations du sang épanché dans le corps thyroïde, il n'est pas impossible de s'expliquer la formation de certains kystes, de certaines tumeurs de cet organe.

L'inflammation franche du corps thyroïde a, selon Sacchi, pour effets ordinaires l'induration et la suppuration. Cette suppuration a quelquefois été portée au point de produire des accidents mortels : quelquefois, au contraire, elle a fait disparaître des goîtres volumineux; elle a été alors un bienfait que les chirurgiens ont voulu provoquer en employant le séton et les caustiques contre le goître. Il sera question plus tard de ces moyens thérapeutiques.

L'inflammation du corps thyroïde ne peut pas être considérée comme essentiellement endémique et due à une cause générale, car elle est le plus souvent produite par un accident, plaie, contusion, piqûre, efforts, cris, action instantanée du froid, etc.

ARTICLE II.

Hypertrophie du corps thyroïde. — Goître charnu.

C'est, en effet, cette hypertrophie que quelques auteurs ont appelé goître charnu. Ici il y a seulement augmentation dans la masse de l'organe, dans le nombre de ses molécules : c'est le goître observé le plus souvent chez les jeunes filles, chez les femmes; il est ordinairement endémique. On voit beaucoup de ces hypertrophies sur les habitants des gorges des Pyrénées, des Vosges, du Soissonnais, de l'Auvergne, du Valais, du Tyrol, de la Lombardie, de quelques comtés de l'Angleterre ; en Espagne, dans les Asturies, dans l'Inde, dans les vallons des Cordilières, on observe aussi cette forme de goître. Quand le corps thyroïde est seulement hypertrophié, la tumeur est ordinairement régulière, de consistance égale sur tous les points; rarement elle est composée de plusieurs lobes distincts. L'examen cadavérique prouve que rien n'est changé dans la couleur; la consistance du tissu et l'humeur visqueuse qu'on en exprime en le comprimant avec les doigts est la même. Le calibre des vaisseaux a notablement augmenté, surtout celui des veines.

Ce sont surtout les tumeurs formées par cette hypertrophie (quand elle est tout-à-fait simple) qu'on fait disparaître par l'éloignement des causes sous l'influence desquelles elles sont produites (changement de climat, de régime), par des fondants, etc.

Digitized by Google

Ces tumeurs peuvent devenir très volumineuses ; elles descendent quelquefois jusqu'à la poitrine, pendent jusqu'au ventre ; il en est qui vont jusqu'aux cuisses. Comme on le pense bien, la tumeur n'a plus alors la forme du corps qui s'est hypertrophié ; dans ces dernières exagérations, elle s'allonge et devient de plus en plus conique. Un pareil volume de la tumeur doit considérablement gêner ; elle entrave alors des fonctions importantes, surtout la respiration et la circulation cérébrale par la compression de la trachée et celle des vaisseaux du cou. Je parlerai bientôt des opérations qu'on a proposées pour faire disparaître cette espèce de goître.

CHAPITRE III.

LÉSIONS ORGANIQUES DU CORPS THYROÏDE. — GOÎTRE MULTIFORME (1).

On ne s'étonnera pas de voir l'anatomie pathologique remplir presque entièrement ce chapitre ; car il s'agit surtout des tumeurs appelées goîtres, des tumeurs les plus complexes qui existent, et dont la connaissance ne pourra s'acquérir que par des dissections multipliées. Je viens d'insinuer que la guérison de l'hypertrophie du corps thyroïde n'est pas difficile, *quand l'hypertrophie est simple.* Mais je dois ajouter ici qu'il est rare que cet organe reste longtemps hypertrophié sans subir quelque modification dans sa structure, sans dégénérer, d'où les difficultés et les insuccès de la thérapeutique ; car il est, selon moi, impossible de rendre à un organe sa structure normale, quand une fois elle a été changée. On peut détruire un tissu nouveau, on ne le transforme jamais. Cependant on a vu des goîtres très volumineux, très anciens, et qui, par conséquent, ne pouvaient être considérés comme formés par une simple hypertrophie ; on a vu de pareils goîtres disparaître, les uns en grande partie, les autres presque complétement. Les premiers ont été traités par des moyens doux ou indirects, les autres par des agents qui ont provoqué une vive inflammation, une suppuration, une gangrène de la tumeur. C'est que, dans le premier cas, il y avait un mélange d'hypertrophie et de dégénérescence : l'hypertrophie a disparu, la dégénérescence est restée ; dans le second cas, il y a eu destruction et non résolution de la tumeur.

Variétés. Elles sont infinies. Les différences de structure du corps thyroïde à l'état de goître a pu faire dire avec raison à M. Cruveil-

(1) J'appelle ainsi les tumeurs très variées formées par les lésions organiques du corps thyroïde.

Digitized by Google

hier que les « tumeurs connues sous le nom de goîtres comprennent toute une anatomie pathologique, depuis la simple hypertrophie jusqu'au cancer » (*Anatomie pathologique*, tom. I, liv. V). Dans la même livraison de ce grand ouvrage, on trouvera des observations qui prouvent qu'un goître *latéral* était formé par un kyste contenant une *matière boueuse ;* qu'un autre était une réunion de loges osseuses et cartilagineuses renfermant une matière gélatineuse. Parmi les observations de ce savant professeur, on trouve celle d'un goître latéral pédiculé, par conséquent ayant le corps un peu éloigné du tube aérifère, ce qui pouvait jeter une grande confusion dans le diagnostic. Les recherches de M. Cruveilhier lui ont fait constater encore que la compression du tube aérifère pouvait être différemment exercée, qu'elle pouvait aller quelquefois jusqu'à pousser tellement en arrière le cartilage thyroïde que le pharynx éprouvait par cette compression une vraie solution de continuité. Le même observateur a trouvé un rétrécissement du tube aérifère au niveau de la tumeur et une dilatation au-dessous.

Selon Sacchi, les modifications pathologiques principales et les plus fréquement éprouvées par le corps thyroïde hypertrophié peuvent se rapporter à deux causes qui constituent ce qu'il appelle : 1° le goître scrofuleux ; 2° le goître lymphatique. En faisant l'anatomie pathologique de ces deux espèces de goître, après avoir observé les phénomènes qui se sont passés pendant la vie, on voit clairement que, comme le premier de ces goîtres a été engendré par l'hypertrophie, le second l'a été par le premier. C'est une série de transformations subies par le corps thyroïde qui s'est d'abord hypertrophié. Je ferai remarquer ici que la facilité, la fréquence des dégénérescences du corps thyroïde une fois hypertrophié, facilité que n'ont certes pas les autres organes, doivent faire penser qu'il y a quelque chose dans la nature de cette hypertrophie qui ne ressemble pas aux autres développements d'organes auxquels on compare celui du corps thyroïde. C'est une question à examiner. Quoi qu'il en soit, voici les caractères assignés par Sacchi aux principales variétés de goîtres produits par la dégénérescence du corps thyroïde hypertrophié.

1° *Goître scrofuleux*. Il acquiert, le plus souvent, un volume considérable, et cependant, abstraction faite de son poids, il cause le moins d'incommodité. La tumeur est ordinairement irrégulière, divisée en lobes plus ou moins distincts, et quelquefois entourée de

Digitized by Google

lobules tout-à-fait isolés de la masse principale ; sa consistance varie dans les divers lobes qui la composent; elle dépend très souvent de l'épaisseur et de l'état de distension de l'enveloppe cellulaire qui la recouvre. Cette membrane, qui n'est formée que par les couches du tissu cellulaire ambiant dans l'hypertrophie simple du corps thyroïde, change d'aspect dans le goître scrofuleux, devient plus épaisse, compacte et résistante; tantôt elle forme une enveloppe commune qui s'étend à toutes les parties de la tumeur, en envoyant des prolongements dans l'intervalle de chacune d'elles; tantôt chaque lobe, et même chaque lobule a son enveloppe particulière; ce sont autant de véritables kystes. La matière contenue dans les divers lobes de la tumeur varie assez habituellement de couleur, de consistance, bien qu'on y trouve toujours un tissu analogue à celui des organes glanduleux. En général, les granulations et les autres parties qui constituent la thyroïde dans l'état sain sont beaucoup plus développées; le liquide est beaucoup plus abondant. Cette humeur ressemble tantôt à une huile épaissie, tantôt à un mucus filant, d'autres fois elle est comme albumineuse; il suffit de pratiquer quelques incisions sur la tumeur pour que ce liquide s'en écoule: parfois, au contraire, on ne peut la faire sortir qu'en exprimant le tissu qui la contient. La dureté de chaque lobe résulte de la quantité et de la consistance de l'humeur qui y est accumulée et qui fait disparaître de la sorte les sillons qui isolent ces lobes les uns des autres; tantôt ils ont une couleur jaunâtre, mais plus communément rouge-brune; leur consistance est plutôt molle que dure. Nous avons déjà dit que ce dernier caractère pouvait dépendre de l'épaisseur de l'enveloppe celluleuse qui les recouvre; mais, dans ce cas, la résistance qu'ils offrent au toucher est toujours accompagnée d'une certaine élasticité très caractéristique. Quand quelques uns des lobes d'un goître donnent cette sensation particulière, on peut être certain que leur tissu commence à éprouver la transformation qui vient d'être décrite, et qui constitue, suivant Sacchi, une seconde période du goître scrofuleux, celle qui succède à l'hypertrophie.

2° *Goître lymphatique*. Il n'est pas rare de voir des goîtres existant depuis fort longtemps, qui offrent dans plusieurs points de leur étendue une mollesse extrême, une vraie fluctuation, avec une élasticité très prononcée de toute la tumeur. C'est à cette variété qu'on a donné les noms de goître mou, hydatique, séreux, et plus

Digitized by Google

souvent celui de lymphatique. Les aspects différents que présente la matière renfermée dans la tumeur justifient en partie ces diverses dénominations; car on y trouve à la fois un liquide séreux, une humeur filante analogue à la lymphe. Ce goître est composé tantôt de vésicules translucides, accolées entre elles, plus ou moins dilatées, recouvertes d'une seule enveloppe celluleuse; tantôt c'est une matière muqueuse ou albumineuse, semblable au blanc de l'œuf, qui remplit et distend plus ou moins un kyste cellulo-fibreux, ou bien on y trouve un liquide lactescent, quelquefois puriforme; enfin, il n'est pas rare de rencontrer à la fois toutes ces différentes humeurs dans le même goître.

Il est des cas dans lesquels la tumeur, malgré une apparence de fluctuation prononcée, ne renferme pas une goutte de ces divers liquides; mais son tissu est converti en une matière spongieuse, semblable au parenchyme du placenta, de couleur variée et imprégnée d'un liquide de nature diverse. Cette espèce particulière est facile à reconnaître pendant la vie, à sa mollesse uniforme, à son élasticité et à l'incommodité qu'elle cause fréquemment par suite du volume considérable qu'acquiert la tumeur. Assez souvent on observe, dans le goître, un ramollissement partiel avec les altérations diverses qui viennent d'être décrites, ramollissement qui n'est qu'un résultat des progrès de la maladie, ce qui est contraire à l'opinion qu'on avait généralement que le goître devient toujours de plus en plus consistant, à mesure que sa durée se prolonge davantage.

En examinant les différentes altérations qui ont été signalées, il est aisé de reconnaître qu'elles sont, pour ainsi dire, comme je l'ai déjà dit, des degrés d'une même dégénérescence, qu'elles passent de l'une à l'autre par une transformation insensible. C'est ainsi que le goître lymphatique succède ordinairement au goître scrofuleux, de même que ce dernier est une des conséquences d'une hypertrophie du corps thyroïde; il est assez fréquent de rencontrer ces trois états pathologiques et ces trois formes réunis dans la même tumeur, ce qui conduit naturellement à penser qu'ils dérivent tous de la même cause morbide.

On peut rencontrer dans le corps thyroïde, tout-à-fait sain ou seulement hypertrophié, comme je l'ai déjà dit, des productions cartilagineuses, osseuses, et la dégénérescence graisseuse qui constitue l'athérome et le stéatome; on a même rencontré des espèces de calculs. La dégénérescence tuberculeuse a aussi été observée,

Digitized by Google

soit seule, soit combinée avec de la mélanose ou autres dégénérescences; mais alors il y avait toujours des altérations graves dans d'autres organes, surtout dans les poumons.

3° *Cancer. — Dégénérescence vasculaire.* La dégénérescence cancéreuse peut-elle affecter *primitivement* le corps thyroïde? ou bien le cancer n'envahit-il cet organe que par extension, après avoir sévi sur un ou plusieurs organes voisins? Scarpa soutenait cette dernière opinion. Aux faits qui ont été observés par Alibert Walther et d'autres auteurs, Sacchi en ajoute un qui prouve d'une manière incontestable que le cancer peut *primitivement* et *isolément* affecter le corps thyroïde. En effet, la dissection a démontré l'intégrité des glandes parotides sous-maxillaires, l'intégrité de l'œsophage et de la langue : or, Scarpa prétendait que c'était toujours secondairement au cancer de ces organes que le corps thyroïde subissait la dégénérescence cancéreuse. Sacchi publie aussi une observation de fongus médullaire du corps thyroïde. Dans un article de M. Ferrus sur le goître (1), ce praticien relate une observation d'une dame qu'il a eu occasion de voir avec MM. Biett et Blandin; cette dame succomba à l'âge de quarante-cinq ans. L'autopsie cadavérique prouva qu'une partie de la tumeur qui formait un goître volumineux présentait un mélange de matière tuberculeuse et de tissu encéphaloïde.

On trouve aussi dans le corps thyroïde là dégénérescence vasculaire qui constitue ce qu'on a appelé *goître anévrismatique*. La tumeur présente alors des mouvements, des battements qui sont avec une sorte de bourdonnement, de frémissement de la tumeur. Ces phénomènes sont plus marqués vers la naissance des artères thyroïdiennes. Cette dégénérescence ressemble à celle qui forme ce qu'on a appelé *tumeur érectile;* on sait qu'elle peut envahir tous les tissus, même les os.

D'après les caractères que je viens d'indiquer, caractères quelquefois très marqués, on croit toujours trouver dans le corps thyroïde un développement vasculaire et un tissu spongieux érectile très abondant. C'est ce qui arrive ordinairement, mais ce qui n'a pas toujours lieu. On est quelquefois étonné de rencontrer dans le centre du goître des tumeurs très dures, ou bien ayant subi un commencement de ramollissement. Je ne sais si, par la mort, le tissu vasculaire a été considérablement affaissé; le fait est que j'ai déjà

(1) *Dictionnaire en 21 volumes*, nouvelle édition.

Digitized by Google

éprouvé deux fois la surprise dont je viens de parler. Il est vrai que j'ai trouvé les vaisseaux environnants très développés, les artères thyroïdiennes surtout, mais ce développement vasculaire ne le trouve-t-on pas dans les cas de simple hypertrophie du corps thyroïde? Dans un cas de goître que Sacchi appelle anévrismatique, il trouva une artère thyroïdienne aussi volumineuse qu'une carotide.

Les observations qui prouvent qu'on peut se tromper sur le diagnostic des goîtres dits anévrismatiques se rapportent à un fait qui ne sortira jamais de ma mémoire. Pendant que j'étais attaché au Bureau central comme chirurgien, je vis un jeune garçon qui avait à une tempe une petite tumeur, avec des battements qu'on faisait cesser par la compression de la carotide du même côté ; elle offrait à l'auscultation un bruit, un susurrus tout-à-fait semblable à celui des anévrismes et de certaines tumeurs érectiles. Je fis admettre ce malade dans un hôpital dont le service chirurgical était dirigé par un homme d'un grand mérite. Il constata les mêmes phénomènes que j'avais observés, et établit le même diagnostic ; il crut à une tumeur formée par des vaisseaux anévrismatiques. La ligature de la carotide primitive fut pratiquée; le malade en mourut. L'autopsie prouva que nous nous étions trompés : c'était une tumeur dure, squirrheuse et non vasculaire.

Revenons aux maladies du corps thyroïde, au goître. Que de lésions peuvent produire cette tumeur, ou, pour mieux dire, que de tumeurs ont été confondues sous un seul nom !

Si on résume ce qui a été dit de l'anatomie pathologique du corps thyroïde, on verra que la tumeur appelée goître peut contenir une infinité d'humeurs, de tissus différents avec ou sans analogue; qu'on peut même y rencontrer de l'air, car les auteurs ont aussi admis un *goître emphysémateux :* c'est celui qui est produit par les efforts de l'accouchement, les cris, etc. On croit alors à des éraillements de la trachée qui laisseraient passer l'air dans le corps thyroïde.

Diagnostic. Afin de porter un pronostic avec quelque certitude et faire un choix convenable dans les moyens thérapeutiques et les procédés opératoires proposés pour la guérison ou la destruction du goître, il faudrait distinguer : 1° le goître des autres tumeurs du cou; 2° les différents goîtres entre eux, c'est-à-dire indiquer les symptômes qui caractérisent chacune des lésions qui constituent le goître.

Digitized by Google

En parlant des maladies du cou en général, j'ai fourni quelques données qui pourront faciliter la solution du premier problème. Cependant l'erreur est encore possible, car il est des engorgements du tissu cellulaire voisin du corps thyroïde, il est des kystes développés dans cette trame, lesquels étaient, il y a peu de temps, confondus avec les maladies du corps thyroïde lui-même. Les travaux d'Heidenreich, ceux de Maunoir ont servi à distinguer ces lésions. J'ai déjà parlé des kystes en question. On trouve dans la *Gazette médicale* des recherches importantes sur le diagnostic des tumeurs qui simulent le goître, et qui naissent en dehors de la glande thyroïde. L'auteur avance que cet engorgement du tissu cellulaire voisin du corps thyroïde acquiert en peu de temps un grand développement, et envahit toute la superficie du cou; il se distingue du goître thyroïdien, en ce que sa consistance est moindre, son étendue plus considérable, moins limitée, et il cède plus rapidement à l'application des topiques qu'à l'usage des moyens internes.

Les tumeurs formées par le développement des ganglions lymphatiques du cou sont généralement distinguées de celles produites par une maladie du corps thyroïde. En effet, le goître naît par un point dont l'accroissement se fait dans tous les sens, tandis que les tumeurs lymphatiques naissent de plusieurs points d'abord isolés; en augmentant de volume, les ganglions se rapprochent, se confondent ensuite et ne forment qu'une tumeur. Je ne répéterai pas ce qui a été dit dans ce volume et dans le premier pour distinguer les anévrismes de la carotide des autres tumeurs du cou, et par conséquent du goître.

2° Le second problème, c'est-à-dire le diagnostic différentiel des diverses lésions du corps thyroïde, est plus difficile encore; d'abord parce que ces lésions sont extrêmement nombreuses et variées, parce qu'elles peuvent s'entremêler, se combiner dans des proportions différentes. Ainsi, dans un seul goître, on peut trouver de l'hypertrophie, un kyste, de la matière tuberculeuse, un foyer sanguin, un foyer purulent, etc. Cependant une investigation scrupuleuse, une exploration souvent répétée, peuvent conduire le chirurgien à des données qui, si elles ne complètent pas le diagnostic, forment un commencement de preuve qui rend moins incertain le choix à faire dans les moyens de traitement. Ainsi, la tumeur n'est pas fluctuante, ou elle est fluctuante.

La tumeur n'est pas fluctuante. C'est une hypertrophie, une inflam-

Digitized by Google

mation ou une transformation de l'organe en un tissu avec ou sans analogue.

J'ai déjà indiqué les caractères de l'*hypertrophie* : la tumeur a une surface égale, un peu élastique ; elle suit les mouvements du larynx, ne présente ni fluctuation, ni crépitation, ni battement artériel. Sa marche est chronique.

Dans l'*inflammation* du corps thyroïde, la tumeur est plus consistante ; sa marche est aiguë, il y a une réaction générale, quelquefois très marquée (1).

Quant aux *lésions organiques malignes*, je dirai que dans le squirrhe la tumeur a peu de volume ; sa surface est dure, bosselée ; la surface du fongus hématode de l'encéphaloïde est moins irrégulière, mais la tumeur est promptement volumineuse. Dans ces deux cas, les douleurs, vives, lancinantes, finissent par lever les doutes sur la nature de la tumeur, et l'expression si frappante de la cachexie ajoute encore la triste certitude qu'on a sur l'incurabilité d'une pareille maladie.

Les *tubercules* sont très difficiles à diagnostiquer ; mais si le sujet est scrofuleux, si la tumeur est ancienne, indolente, si elle a apparu dans les premiers temps de la vie, si surtout les poumons sont tuberculeux, on aura de fortes probabilités sur l'existence de la dégénérescence tuberculeuse, laquelle paraît évidente, si de petits foyers s'ouvrent sur la peau du cou pour se fermer, se renouveler ensuite et se transformer en trajets fistuleux, comme on l'observe au testicule. Les Allemands ont comparé le corps thyroïde à la prostate, chez l'homme, et à la matrice, chez la femme. Je me permettrais plutôt de comparer ce corps aux testicules et aux ovaires ; les faits pathologiques seraient surtout favorables à cette comparaison. Rien de plus rare que les tumeurs fibreuses dans le corps thyroïde, tandis qu'elles sont très fréquentes dans l'utérus. Il est vrai que l'hypertrophie est très fréquente à la prostate comme au corps thyroïde ; mais cette hypertrophie de la prostate ne se transforme pas aussi facilement qu'au corps thyroïde, lequel présente une infinité de kystes, de foyers de toute espèce, comme on en trouve dans les testicules. D'ailleurs n'a-t-on pas entrevu déjà cette analogie, quand on a appelé hydrocèle du cou une forme particulière du goître ?

La tumeur est fluctuante. Elle contient du pus, de la sérosité, des hydatides, du sang plus ou moins altéré, du *suc* thyroïdien, ayant subi diverses modifications. La nature du liquide est difficile à

(1) Voyez Lebert. *Physiol. pathol.* Paris, 1845, t. I, pag. 151.

Digitized by Google

diagnostiquer, car il est rare de pouvoir constater si un goitre est transparent ou non. S'il était transparent, on aurait la certitude qu'il contient de la sérosité. La fluctuation elle-même offre souvent des difficultés, car le liquide peut être renfermé dans des poches plus ou moins épaisses. Ces kystes sont quelquefois multiloculaires, circonstance qui augmente les difficultés de la fluctuation (1).

J'ai déjà fait mention du frémissement, du bourdonnement de la tumeur, produits par ce qu'on a appelé *goître anévrismatique*, et il n'est pas nécessaire de parler de la crépitation particulière offerte par le goître emphysémateux.

Traitement. Tant de variétés dans les lésions qui constituent le goître expliquent en quelque sorte les succès obtenus par des moyens divers et quelquefois opposés. L'éloignement du pays où le goître est endémique doit avoir un bon effet dans les cas d'hypertrophie simple. Le changement de régime, les *fondants*, les *absorbants*, doivent parfaitement seconder cet effet du déplacement du malade. Les antiphlogistiques diminuent toujours plus ou moins le volume de la tumeur, surtout si on pratique des saignées locales souvent répétées. La ligature des artères qui se rendent à la tumeur a un effet analogue. Les dérivatifs, soit sur la peau du cou, soit sur une partie plus ou moins éloignée, par exemple sur le tube intestinal, ces moyens pourront agir comme dérivatif, et diminuer le volume des goîtres qui contiennent du liquide. On peut enflammer les kystes qui renferment ce liquide, avec l'intention d'opérer l'effet des injections dans l'hydrocèle, ou pour détruire la tumeur par la suppuration ou la gangrène; ce dernier effet est surtout obtenu par les caustiques ou la ligature. On sait qu'on a tenté l'extirpation; ce serait le seul moyen à employer contre la dégénérescence cancéreuse; mais oserait-on entreprendre une opération si grave avec si peu de chances de succès, quand il y a presque certitude pour la récidive? Plusieurs des autres moyens peuvent être employés successivement; il en est même qui peuvent l'être simultanément : il est de règle de n'en venir aux opérations chirurgicales qu'après avoir constaté les dangers du goître et son incurabilité par les moyens doux qui ne compromettent pas la vie du malade.

Climats, régime. Le premier, le meilleur moyen dans le goître endémique, c'est le déplacement du malade, le changement de ré-

(1) Voyez les considérations sur le diagnostic chirurgical, tome I, *Prolégomènes*.

Digitized by Google

traitement du goître charnu. Ici il est plus dangereux. Pour qu'il soit efficace dans le goître volumineux, il doit le labourer dans une grande étendue; on doit même en appliquer plusieurs et dans des sens différents. On a vu des inflammations très vives, bornées au cou ou s'étendant à la poitrine, déterminer des phlébites, amener des accidents quelquefois mortels.

IV. INJECTION.

Elle ne doit et ne peut être employée que dans les cas de goître humoral. Quand on a ouvert un foyer purulent ou séreux, ou sanguin, il peut être nécessaire d'enflammer les parois pour favoriser leur réunion. C'est encore une application d'un moyen employé contre l'hydrocèle; c'est même celui qui, dans l'hydropisie des bourses, compte le plus de succès. Mais ici, comme aux bourses, s'il y a plusieurs loges, l'injection n'agira pas sur toutes, et si les parois du kyste, même en le supposant unique, si ses parois sont épaisses, dures, cartilagineuses, surtout osseuses, l'injection aura très peu d'effet. C'est l'injection iodée qu'on préférera, si on doit injecter.

V. OBLITÉRATION DES ARTÈRES THYROÏDIENNES.

On a tenté de lier ces artères pour entraver ou arrêter même la nutrition du corps thyroïde, afin d'obtenir son atrophie; c'est ce qui est arrivé quelquefois : mais une fois on a déterminé ainsi une gangrène complète du goître. C'est A. Carlisle qui a pratiqué cette opération. Voici l'observation publiée dans les journaux anglais, et reproduite par la *Gazette médicale*, tome I, deuxième série, p. 657 :

« Il y a plusieurs années, dit sir Ant. Carlisle, que je fus appelé par un éminent apothicaire à Hammersmith, près d'une femme affectée d'une bronchocèle très volumineuse. Elle était, sans exagérer, du volume d'un très gros melon. En l'examinant, je trouvai que les deux artères thyroïdiennes supérieures étaient très superficielles; en effet, on sentait leurs pulsations immédiatement sous la peau. C'était là une occasion trop tentante pour la perdre; en conséquence, je liai ces artères. Le troisième jour après l'application de la ligature, la partie supérieure de la tumeur commença à tomber en gangrène, et j'étais fort alarmé de cette circonstance; mais mon pharmaceutique collègue, qui était un homme habile et une tête fort éclairée (et qui est à présent mort depuis plusieurs années.

Digitized by Google

le pauvre homme!) m'assura que la femme irait bien, attendu qu'il avait vu se terminer favorablement un cas de même nature. Nous enveloppâmes la tumeur d'un large cataplasme de pain bouilli dans l'eau, et, à ma surprise infinie, dans l'espace de dix jours la glande entière s'en alla avec le cataplasme, sous forme d'une énorme escarre globuleuse, laissant à nu un sac spacieux formé par les téguments. Celui-ci fut guéri en peu de jours, et la femme a joui d'une bonne santé encore dix ans après, n'éprouvant aucun inconvénient de la perte de sa glande thyroïde. »

Il est bien commode, en effet, de faire la ligature des artères thyroïdiennes, quand elles se trouvent aussi superficielles et dans de pareils rapports. Je sais très bien que beaucoup de chirurgiens imiteraient sir Carlisle dans une pareille circonstance. Si la ligature de ces artères est réellement efficace, comme le prouvent ce fait et quelques autres rapportés par M. Velpeau, pourquoi n'irait-on pas les chercher plus profondément, en suivant les procédés indiqués dans mon deuxième volume? Malheureusement, on ne serait pas toujours certain de les trouver à leur place; et en changeant de rapports, elles pourraient bien en contracter qui rendraient très difficile l'opération nécessaire pour les découvrir. Le goître lui-même gênerait singulièrement l'opération. D'ailleurs, si on l'entreprend, il faut la compléter et lier les quatre artères thyroïdiennes; on devrait même en faire autant à celle de Neubauer. Et encore n'aurait-on pas la certitude d'arrêter la circulation artérielle du goître, qui, par son développement, aura singulièrement accru et multiplié la circulation collatérale. C'est d'ailleurs une opération très difficile, quand les artères ne se présentent pas comme elles se sont offertes à sir Carlisle. On ne doit donc s'y déterminer que quand la maladie menace prochainement les jours du malade, quand, les moyens déjà indiqués ayant échoué, le malade demande instamment une opération.

Dirai-je ici toute ma pensée sur l'observation que je viens de reproduire? Eh bien, elle ne me paraît pas tout-à-fait authentique. Cependant j'ai voulu en rapporter les détails, pour qu'on la juge autrement que par une citation écourtée.

VI. LIGATURE.

L'idée de la ligature du goître est attribuée par Valentin à Moreau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris. Elle réussit et échoua une fois;

Digitized by Google

l'insuccès put être attribué à la nature de la tumeur, car c'était un cancer. Buninghausen s'en est servi avec bonheur pour détruire une tumeur comme un œuf, qui existait au-devant du cou, entre le larynx et le sternum d'un jeune homme de vingt-cinq ans. Desault (1) l'employa en 1791 pour compléter une extirpation; il lui paraissait dangereux d'exécuter avec l'instrument tranchant le dernier temps de l'opération. Moreau traversait la base de la tumeur avec un double lien, comme pour la diviser en deux parties égales qu'il étranglait séparément. M. Mayor dénude le goître avant de le lier : il le découvre par sa face antérieure; il l'isole des parties sous-jacentes avec les doigts ou le manche du scalpel. S'il présente plusieurs lobes, chacun d'eux est étranglé par une ligature, ou bien toute la masse est traversée par un double ruban; deux bouts sont serrés en haut, les deux autres en bas. Au lieu de deux, on peut appliquer trois, quatre liens qui étranglent chacun un tiers, un quart de la tumeur. Sans contester les succès de M. Mayor, je dois dire que deux de ses malades ont succombé aux suites de cette opération. On comprendra facilement qu'une pareille ligature, opérée sur d'aussi grandes masses et dans une région comme le cou, doit causer des difficultés de respirer, des suffocations, des angoisses, et que la suppuration qui en est la suite doit quelquefois donner lieu à des accidents qui ont beaucoup de rapport avec les fièvres putrides des anciens. D'ailleurs le premier temps de l'opération de M. Mayor est un commencement d'extirpation; la ligature est faite dans la crainte de l'hémorrhagie. Or, pour conserver à cette méthode complexe les avantages de l'extirpation et ceux de la ligature, on devrait détacher le plus possible la tumeur et ne pratiquer la ligature que quand on a limité un pédicule; ce qui est tout simplement un retour à la méthode de Desault que je viens de citer. Une fois la ligature opérée, il faut se hâter d'enlever les parties situées devant le lien; car si la gangrène, inévitable avec une forte constriction, frappe une grande masse de tissu, on doit craindre une infection funeste.

Comme toute ligature du goître, quel que soit le procédé adopté, est une opération des plus graves, elle ne doit être entreprise qu'aux instantes prières du malade, après avis et approbation de confrères éclairés, et surtout après s'être formé une conviction entière des

(1) *Œuvres chirurgicales.*

Digitized by Google

dangers réels et prochains pour la vie du malade. Quand de pareils motifs ont déterminé le chirurgien à entreprendre l'extirpation, la ligature peut être appliquée avec utilité, si on craint qu'une extirpation complète ne prolonge trop l'opération pour la somme des forces restées au malade, ou si on redoute l'hémorrhagie

VI. EXTIRPATION.

L'extirpation complète est très dangereuse. Je n'ai pas à redire les motifs puissants qui doivent porter un chirurgien à entreprendre une pareille opération. En supposant un goître occupant toute la glande parotide, voici le procédé à suivre: Incision sur ligne la médiane qui commence au-dessus et finit au-dessous de la tumeur; incision perpendiculaire à la première, ce qui fait une incision en +. On détache les quatre lambeaux qu'on vient de tracer; on coupe les rubans musculaires qui se présentent d'abord, s'il faut beaucoup de liberté, ou bien on se contente de les écarter. Tout vaisseau un peu important divisé doit être lié de suite. On détache la tumeur en écartant, en déchirant ses liens plutôt qu'en les coupant. Pour ce temps de l'opération, on se sert des doigts, du manche du scalpel, de pinces à disséquer, plutôt que de la lame du bistouri. Arrivé sous la tumeur, on découvre les quatre artères thyroïdiennes, qu'on coupe entre deux ligatures; on ménage avec soin les grands et gros vaisseaux du cou, et les nerfs importants; puis l'opérateur cerne bien les bords de la tumeur; il les renverse sur les côtés, en haut, en bas: reste la partie intimement liée au conduit aérien par un tissu cellulaire très serré, qu'il faut couper avec ménagement. Quelques personnes préfèrent lier cette partie profonde de la tumeur; il en est qui préfèrent ne rien ajourner et achever l'extirpation dans une séance. On compte quelques succès après cette redoutable opération; on compte encore plus de revers. Les jeunes chirurgiens devront surtout se rappeler ceux-ci.

SECTION VINGT-QUATRIÈME.

MALADIES DES MAMELLES CHEZ LA FEMME.

Avant ma première édition, les maladies des mamelles tenaient une petite place dans les traités de chirurgie même les plus modernes. Le manque de détails dans l'exposition des caractères de

Digitized by Google

ces maladies en a fait confondre une foule, et a accrédité, même parmi la plupart des chirurgiens, l'opinion vulgaire qui considère toutes les tumeurs anciennes du sein comme cancéreuses : de là une pratique sans méthode et souvent erronée. Depuis peu l'anatomie pathologique a jeté un véritable jour sur cette question ; le scalpel a montré des différences, des analogies qui ont servi de base à des classifications dont les heureux résultats se produiront tôt ou tard. Je ne m'abuse pas cependant sur ces résultats. Je sais parfaitement que les distinctions que le scalpel découvre ou crée ne seront pas toujours assez bien traduites à l'extérieur, sur le vivant, pour établir un diagnostic sûr ; j'espère encore moins qu'il sorte de ces recherches une thérapeutique extrêmement riche en moyens efficaces. Cependant je constate, et ce chapitre en donnera la preuve, que ces deux parties de la pratique, le diagnostic et le traitement, ont déjà gagné et qu'ils sont en progrès. Le pronostic ne peut d'ailleurs que profiter de ces recherches, et on sait combien il importe à un praticien, surtout à celui qui pratique les opérations, de pouvoir prédire le sort d'une tumeur, de pouvoir dire si elle se résoudra, si elle suppurera, si elle persistera quoi qu'on fasse ; si elle se lie à un état général, ou si elle est locale ; si elle nécessite une opération légère, sans danger, ou une grave opération ; s'il y aura récidive ou non, etc. Eh bien, toutes ces questions sont singulièrement éclairées par l'anatomie pathologique. Il faut l'avouer, les Anglais, ici encore, ont ouvert la voie. Nous ne pouvions tarder à les suivre et à les dépasser même dans des questions qui se lient à une science que nous avons réellement créée ; car l'*anatomie pathologique*, comme science, est réellement née dans la patrie des Dupuytren, des Laënnec.

A. Cooper, qui a bien étudié les maladies des mamelles, a adopté une classification pour les tumeurs de cet organe (1) ; M. Velpeau a distingué leurs inflammations d'après leur siége (2). Je ferai connaître ces idées en temps et lieu. Pour moi, je vais soumettre toutes ces maladies à la méthode qui a servi à classer les autres maladies, et l'on aura, je crois, pour la première fois (nouvelle édition, 1839) une classification méthodique de toutes les maladies du sein. Elles sont, comme on le sait, très nombreuses chez la

(1) *Œuvres complètes*, traductions de Chassaignac et Richelot.
(2) *Petit traité des maladies du sein*, Paris, 1838, in-8°.

Digitized by Google

femme; car aux maladies que le sein subit comme les autres organes, se joignent les maladies propres à cet organe et provoquées par les fonctions temporaires qu'il remplit et les sympathies qui lui viennent des autres agents de la reproduction.

CHAPITRE PREMIER.

ANOMALIES ET DIFFORMITÉS DES MAMELLES.

L'absence complète des mamelles, l'absence même d'une seule, sont des cas très rares, et il n'est pas prouvé que, même pour ces cas exceptionnels, on n'ait pas confondu l'absence des mamelons avec l'absence des mamelles elles-mêmes. Il est moins rare de trouver une augmentation dans le nombre de ces organes. Notre espèce est celle qui possède le plus petit nombre de mamelles; quand il y en a en plus, nous nous rapprochons de l'état normal des autres mammifères. Voilà, selon les anatomistes, la cause de la rareté de l'absence des mamelles et de la fréquence relative des mamelles surnuméraires. Dans le premier degré de cette dernière anomalie, il y a deux mamelons pour une mamelle. Le cas le plus fréquent est de voir trois mamelles : la troisième est ordinairement sur la ligne médiane: plus petite que les autres, elle se développe à peine pendant l'allaitement. Si elle est sous une autre mamelle, elle a le même volume qu'elle, et elle donne du lait. M. Robert, de Marseille, a parlé d'une mamelle située dans la région inguinale (1). Il est question de mamelles sur le dos, dans les *Éphémérides des curieux de la nature;* mais on est convenu de suspecter l'authenticité de ce fait. On a vu quatre, cinq mamelles : quand il y en a quatre, les deux surnuméraires sont sous les deux autres ; on les a vues dans l'aisselle. Dans l'exemple des cinq mamelles, deux des surnuméraires étaient sous les autres; la cinquième était sur la ligne médiane, cinq pouces au-dessus de l'ombilic. La mamelle surnuméraire peut être sur le dos (Manget, tome III, p. 160). Les mamelles mêmes au nombre normal ont été trouvées toutes deux sur le dos. Ce qu'il y a de plus remarquable; c'est que la femme qui présentait cette anomalie appartenait à une famille qui se distinguait par cette singulière transposition (*loc. cit.*).

La plupart des anomalies du sein ne sont reconnues qu'au mo-

(1) *Journal général de médecine*, tome I, page 57. L'*Art de prévenir le cancer*. Marseille, 1812, in-8.

Digitized by Google

ment de la puberté, quand ces organes vont jouer un rôle dans l'économie. Une anomalie qui peut constituer une difformité des plus désagréables est celle qui porte sur le volume des seins : ainsi, dans l'ouvrage déjà cité de Manget, il est question d'une mamelle de 64 livres; c'était la gauche. La droite ne fut pas pesée; mais on l'estima à 40 livres. Comme je dois consacrer un article aux hypertrophies des mamelles, ou mamelles éléphantiasiques, je me bornerai ici à cet exemple, qui peut déjà faire pressentir la nécessité de l'intervention chirurgicale pour faire disparaître une pareille difformité.

CHAPITRE II.

LÉSIONS PHYSIQUES DES MAMELLES.

Ce chapitre se bornera à de courtes considérations sur les contusions et les corps étrangers.

ARTICLE Ier.

Plaies sous-cutanées des mamelles. — Contusions.

Je n'ai rien à dire de particulier sur les plaies proprement dites. On n'a qu'à observer ce qui se passe après les amputations partielles du sein; ces plaies par incision se réunissent avec une extrême facilité. Ce sont surtout les plaies sous-cutanées, les contusions proprement dites, qu'il faut étudier ici. Elles peuvent être légères et ne produire qu'un peu d'extravasation de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou plus fortes et produire une vraie bosse sanguine. Quand le coup est réellement fort, le tissu cellulaire qui se mêle à la glande, les lobes eux-mêmes de celle-ci peuvent être atteints ou écrasés; de là des infiltrations de sang plus ou moins considérables ou de véritables dépôts sanguins. Le tissu cellulaire sous-mammaire peut être déchiré, quand le corps contondant a une large surface et qu'il agit énergiquement. L'ecchymose, effet de ces diverses contusions, se produit plus rapidement quand le tissu cellulaire sous-cutané est seul déchiré; elle a lieu plus tard quand c'est la glande; et à une époque plus éloignée encore quand c'est le tissu sous-mammaire. Quelquefois la coloration noirâtre de la peau n'apparaît alors qu'au bout de plusieurs jours, et ce n'est pas sur le sein même qu'on l'observe, mais vers sa circonférence.

Pour connaître les effets de ces contusions, le rôle que joue le

Digitized by Google

sang une fois extravasé ou formant dépôt, je renvoie encore à l'article *contusion* du premier volume. Il est évident pour moi qu'au sein, ce sang subit des transformations, j'oserai dire des dégénérescences, qui donnent lieu à des tumeurs, à des kystes qui seront étudiés plus tard.

Ce ne sont pas seulement les contusions qui donnent lieu à des suffusions sanguines, à des accumulations de sang dans le sein; les mouvements fluxionnaires qui se lient à l'acte de la menstruation et aux divers actes de la reproduction peuvent produire de pareils effets. Quoique ce ne soient pas là des lésions physiques, je crois devoir rapprocher ces ecchymoses de celles qui sont le résultat des plaies, ne serait-ce que pour indiquer leurs différences au point de vue vraiment pratique, celui du traitement. A. Cooper décrit des *ecchymoses* spontanées, c'est-à-dire indépendantes de toute violence extérieure. Elles se présentent sous forme de taches brunes, jaunâtres, quelquefois fort larges; elles sont quelquefois accompagnées de douleurs vives; il n'y a ordinairement avec ces ecchymoses ni engorgement, ni induration. Elles ont de l'analogie avec ces taches sanguines qui se forment spontanément dans la conjonctive oculaire ou dans l'épaisseur de la paupière. Ces ecchymoses ont des rapports avec la menstruation, ou du moins elles coïncident avec une diminution, une irrégularité et quelquefois une abondance morbide des règles. Elles se dissipent naturellement dans l'espace de quinze à trente jours, et ne réclament aucun moyen thérapeutique direct. On devra surtout régulariser les menstrues.

Les vraies contusions, au contraire, doivent être traitées, celles surtout qui sont profondes; car, abandonné à lui-même, le sang infiltré ou en dépôt pourrait devenir le germe de tumeurs difficiles à guérir. C'est ici particulièrement qu'on doit user de la saignée et surtout des sangsues, qu'on répétera tant qu'on pourra soupçonner qu'il y a du sang autour ou dans la mamelle. En même temps, ou dans les intervalles des saignées locales, on appliquera des topiques résolutifs, répercussifs, et on agira sur les intestins avec des sels neutres; le sulfate de soude est ici très applicable.

Digitized by Google

ARTICLE II.

Corps étrangers des mamelles.

Des épingles, une balle, une esquille, peuvent pénétrer le sein, y séjourner, s'entourer d'un véritable kyste et donner lieu à une petite tumeur de la glande mammaire dont on ne connaîtra la nature qu'en remontant au commémoratif. On a beaucoup parlé dans ces derniers temps d'une jeune actrice d'un des plus grands théâtres de la capitale qui avait dans le sein une aiguille, laquelle devint le noyau d'une tumeur qui fut la cause d'une foule de méprises commises par des praticiens distingués. L'aiguille finit par être éliminée; on n'a jamais su comment elle était entrée.

On peut trouver dans le sein des concrétions analogues à celles qu'on remarque dans les conduits excréteurs des glandes salivaires. Ces espèces de calculs sont dus à l'absorption des parties les plus liquides du lait et à la condensation toujours plus forte des parties les moins liquides. Morgagni va même jusqu'à dire, à la vérité d'après Blasius, qu'une veuve avait dans une mamelle plusieurs de ces pierres qui, par leur collision, produisaient un bruit de frottement! C'est surtout chez les femelles des animaux que ces concrétions ont été observées. Dupuytren en conservait un certain nombre dans son cabinet : c'était un équarrisseur qui les lui avait offertes. Le plus souvent la présence de ces corps étrangers n'est accusée par aucun symptôme. S'ils causaient de la douleur, de l'irritation, puis une inflammation avec abcès, l'ouverture de cette tumeur servirait à l'extraction de ces corps qui pourraient alors seulement être parfaitement reconnus.

CHAPITRE III.

LÉSIONS VITALES DES MAMELLES.

Ce chapitre se composera d'articles importants, surtout ceux qui ont trait aux inflammations, que je me propose d'étudier avec détail. Je commence par les névroses.

ARTICLE Ier.

Névroses de la mamelle.

Ces névroses portent sur la sensibilité. Elles ont été appelées névralgie ou *tumeur irritable* du sein. S. A. Cooper dit que la mamelle

Digitized by Google

peut devenir *irritable* sans tumeur appréciable; quelquefois il y a *tumeur irritable*. On observe ordinairement cette maladie chez les femmes de seize à trente ans. Jamais Cooper ne l'a observée avant la puberté, mais il lui est arrivé de la constater après l'âge de trente ans. Si elle affecte le tissu même de la glande, celle-ci augmente à peine de volume ; mais dans un ou plusieurs lobes de la glande on développe une violente douleur par le toucher, et cette douleur persiste quelquefois pendant plusieurs heures. Elle n'est pas limitée à la mamelle ; elle se propage à l'épaule, à l'aisselle, à la partie interne du coude jusqu'aux doigts. Elle s'irradie sur le côté correspondant du corps jusqu'à la hanche. Les malades ne peuvent dormir sur ce côté. Dans quelques cas, le poids seul de la mamelle, dans le lit, suffit pour faire naître des douleurs intolérables. Quelquefois la mamelle est le siége d'une sensation de chaud et de froid qui se succèdent alternativement ; il semble à la malade qu'elle change à tout instant de température. Cooper compare cette maladie au tic douloureux : car, dit-il, elle est caractérisée par des élancements comme électriques dans l'organe et suivant le trajet des nerfs environnants. Les douleurs violentes exaltent les sympathies de l'estomac qui se soulève ; il y a des vomissements.

Les approches de la menstruation sont marquées par des recrudescences de la douleur, qui se calme quelquefois pendant l'écoulement des règles ; elle reste moins violente après. A part la douleur, la mamelle n'offre aucun signe d'inflammation ; la peau n'est réellement pas changée. Dans quelques cas, une petite portion de la mamelle est seulement affectée ; d'autres fois c'est la totalité ; il n'est pas rare de voir les deux seins malades. Cet état de souffrance persiste pendant des mois, et même pendant des années, presque sans rémission ; mais la maladie n'a aucune tendance à une dégénérescence de mauvaise nature.

Je ne saurais trop fixer l'attention des jeunes praticiens sur les névralgies du sein. Celles qui sont avec engorgement partiel ou total de la glande pourraient être confondues avec des dégénérescences malignes, à cause de la vivacité des douleurs, de l'inégalité, de la dureté de la tumeur : de là, des amputations de cet organe, compromettantes pour la malade, pour la réputation du chirurgien. De pareilles erreurs ont été commises. L'énoncé de ces méprises et les réflexions que fera naître l'exposé succinct que je viens de donner de ces névralgies, feront éviter de tels malheurs.

Digitized by Google

Ces tumeurs névralgiques disparaissent sans thérapeutique, surtout si les causes qui les produisent ou les entretiennent sont éloignées. Le célibat, les irrégularités, le trouble de la menstruation et autres qui se lient aux fonctions de la matrice, prédisposant à cette maladie, le praticien dirigera d'abord ses moyens du côté de l'utérus; puis des émollients, puis des calmants, des narcotiques devront être appliqués comme topiques. Cataplasmes de feuilles de morelle, pommades opiacées, baume tranquille, liniment laudanisé ou belladonisé: voilà d'excellents topiques. Si la femme était sanguine, on ferait bien d'appliquer quelques sangsues autour du sein.

M. Velpeau décrit, sous le titre d'*indurations* et *névralgies*, une maladie qui se rapporte à celle observée par Cooper. Selon M. Velpeau, il y a une *induration en masse*, des *nodosités*, puis une maladie qu'il appelle seulement *névralgie*. Dans les trois cas, il y a des douleurs névralgiques, mais dans le troisième, les *tumeurs*, les *nodosités sont si peu développées*, dit M. Velpeau, *qu'il est parfois tout-à-fait impossible de les reconnaître*.

A. Cooper comprend aussi sous le titre de *tumeur irritable des mamelles*, ces petites tumeurs qui ont été si bien décrites par Dupuytren, et que j'ai fait connaître au tome Ier sous le titre de *tumeurs squirrheuses enkystées* (t. I, p. 595.) Ces tumeurs ont été appelées névromes, parce qu'on leur a supposé une grande connexité avec les nerfs, et parce qu'elles sont le point de départ d'éclairs de douleurs qui caractérisent ordinairement certaines maladies des nerfs. Il ne serait pas impossible que quelques unes des affections appelées *névralgies des mamelles* fussent dues à l'existence d'une de ces tumeurs nichées dans les interstices de la glande. Comme elles sont petites, elles pourraient bien ne donner lieu à aucune augmentation de volume du sein, ce qui ne les empêcherait pas d'être très douloureuses.

Autant il serait irrationnel et dangereux d'extirper le sein pour ces tumeurs névralgiques qui augmentent le volume d'une partie ou de la totalité de l'organe, autant il serait utile et peu grave, comme je l'ai indiqué, d'enlever ces petites tumeurs qui ont été appelées névromes et qui sont ordinairement sous-cutanées. Quand j'ai jugé si sévèrement la médecine opératoire, appliquée au traitement de ces névroses du sein, je ne savais pas que M. Rufz avait eu recours au bistouri pour amputer le sein dans un cas où, selon lui, avec les douleurs, il y avait *état presque* naturel de la glande, et pour faire

Digitized by Google

des incisions sous-cutanées, pour des *indurations partielles avec douleurs par élancements*. J'avoue franchement que les faits que M. Rufz a rapportés dans le cahier d'août 1845 des *Archives de médecine* ne sont pas de nature à me faire changer d'opinion. Seulement, comme il s'agit ici d'un praticien consciencieux, on devra prendre en considération les faits qu'il pourra publier encore, en désirant toutefois qu'ils soient plus concluants.

ARTICLE II.

Inflammations des mamelles.

Je vais d'abord dire quelques mots sur les maladies des mamelons, qui ont de grands rapports avec les inflammations dont il sera traité dans cet article; car elles peuvent souvent être considérées comme causes de ces mêmes inflammations.

Le mamelon peut être le siége d'excoriations, de crevasses, de croûtes, d'eczéma, d'ulcères vénériens, etc. Je parlerai seulement ici des *excoriations* et des *crevasses*, car ce sont ces petites solutions de continuité qui peuvent être fréquemment considérées comme le point de départ des inflammations et des abcès qu'on observe pendant l'allaitement.

Les femmes jeunes qui allaitent pour la première fois, celles à peau fine, lymphatiques ou nerveuses, ont souvent des excoriations. Les succions trop souvent répétées, le défaut de propreté, la mauvaise conformation du bout du sein, exposent à cette affection. C'est à la surface du mamelon, sur sa racine, qu'on voit cette espèce d'*exulcération* que je comparerai à celle de la balanite ou à celle du col de la matrice dans certaines vaginites. Souvent on voit cette forme d'ulcération plus profonde sur la racine du mamelon qui semble alors s'isoler, s'étrangler.

Le plus souvent les crevasses, espèces de fissures du mamelon, arrivent après le premier état que je viens de décrire; elles reconnaissent d'ailleurs les mêmes causes. C'est la rainure qui sépare le mamelon du sein qui est le siége le plus fréquent des gerçures, puis vient le mamelon; on les observe plus rarement sur son aréole. Elles se creusent de plus en plus, surtout si le nourrisson est vorace; elles fournissent du sang parfois en abondance au moment de l'allaitement. On les voit quelquefois déraciner presque en entier la base du mamelon. Elles sont toujours douloureuses; quelquefois

Digitized by Google

même la douleur est portée au point d'arracher des cris à la femme et à lui faire redouter le moment où l'enfant prendra le sein.

On prévient ces excoriations en faisant usage, avant l'accouchement, de lotions avec l'eau salée, avec du vin, l'eau-de-vie étendue d'une certaine quantité d'eau, et en changeant souvent de linge.

Quand on n'a pu prévenir les excoriations, on oint le bout du sein avec borax un gros (4 gram.), alcool demi-once (15 gram.), eau commune trois onces (90 grammes). Si l'onguent populéum, la pommade de concombre, ne suffisent pas, M. Velpeau conseille la solution légère de nitrate d'argent ou de sulfate de zinc. Pour les crevasses, mieux vaut les toucher légèrement avec le crayon de nitrate d'argent. On se gardera d'employer les solutions de sublimé, qui pourraient nuire à l'enfant. On rendra, autant que possible, moins fréquent l'allaitement, ou on se servira d'un mamelon artificiel. Alors, de légers astringents ou de simples soins de propreté guériront les excoriations, et les gerçures ne résisteront pas à une ou deux cautérisations.

Les inflammations proprement dites du sein ont été appelées mastoïte, mastite, mammite. Elles sont fréquentes ; car, aux causes ordinaires de l'inflammation, viennent se joindre à une certaine période de la vie de la femme, des causes spéciales : menstruation, grossesse, allaitement, voilà tout autant de circonstances qui impriment des modifications importantes à la circulation des mamelles, qui appellent vers elles la fluxion. En parlant des maladies des mamelons, je viens de les signaler comme causes d'inflammation ; on ne s'étonnera pas que je mette au rang de ces causes certaines qualités du lait, sa trop grande quantité, les obstructions des conduits galactophores. Ces dernières circonstances doivent imprimer des caractères particuliers à l'inflammation ; elles doivent aussi modifier les produits, influencer les suites et les conséquences.

Le siége de l'inflammation modifie aussi ses caractères. A une époque tout anatomique, cette circonstance devait être prise en grande considération. En effet, l'anatomie a servi de base à la classification des inflammations du sein. Je vais reproduire celle qui a été adoptée par M. Velpeau. (*Dict. en* 21 *vol.*, *nouvelle édition.*)

Après avoir parlé de l'érysipèle du sein qui ne présente rien de très remarquable, M. Velpeau admet : 1° des inflammations superficielles ou sous-cutanées : elles envahissent le tissu de l'aréole ou

Digitized by Google

le tissu cellulo-graisseux; 2° inflammations profondes ou sous-mammaires, lesquelles envahissent le tissu cellulaire qui matelasse les seins: elles sont idiopathiques ou symptomatiques; 3° inflammations glandulaires : on comprend ici les engorgements laiteux, ce qu'on appelle le *poil*, avec les vraies inflammations.

Voici le tableau qui représente ces divisions :

1°	Inflammations superficielles ou sous-cutanées.	*a* De l'aréole. *b* Du tissu cellulo-graisseux.
2°	— profondes ou sous-mammaires.	*a* Idiopathiques. *b* Symptomatiques.
3°	— glandulaires.	*a* Engorgements laiteux. *b* Inflam. proprement dite.

I. INFLAMMATIONS SUPERFICIELLES.

Inflammation de l'aréole. Ce sont les excoriations, les crevasses qui les produisent le plus souvent; les nourrices et les nouvelles accouchées en sont presque exclusivement affectées. Le gonflement est sous forme de bosselures, de bourrelets; le mamelon fait plus de saillie; l'ensemble du sein paraît conoïde; la rougeur tire sur le livide; douleur sourde, lancinante. La marche de cette inflammation est rapide; elle se résout avec promptitude, si on supprime les causes, ou bien il se forme plusieurs petits foyers purulents irréguliers, qui sont bientôt vidés, car la peau s'amincit, s'ulcère rapidement. C'est en traitant les gerçures, les crevasses par les moyens déjà indiqués, qu'on prévient, qu'on arrête cette inflammation : on ajoute des cataplasmes émollients; si la force de la réaction locale nécessitait des sangsues, il faudrait les appliquer autour de l'aréole et non sur elle.

Inflammation du tissu cellulo-graisseux. Cette inflammation peut être aiguë ou chronique. Elle s'établit de trois manières : 1° De dehors en dedans, c'est un érythème, un érysipèle ou toute autre maladie de la peau, un froissement, un vésicatoire, une brûlure, etc., qui la produisent. Cette forme s'observe donc à tout âge. Ici, les fonctions génératrices n'ont aucune influence particulière. 2° De dedans en dehors : c'est la glande elle-même qui est le point de départ du stimulus; elle est engorgée ou enflammée, ou bien elle est le siége d'une tumeur qui agit comme corps étrangers. Ici les fonctions génératrices ont une grande influence. 3° Le tissu cellulaire sous-cutané peut être envahi d'emblée,

Digitized by Google

et, comme on le dit dans les écoles, *spontanément* ou par une cause interne. Un corps contondant peut aussi porter son action principale sur ce tissu.

Quelle que soit la cause et son mode d'action, cette inflammation du sein offre presque toujours les mêmes caractères ; ce sont ceux du phlegmon, comme on l'observe ailleurs. Quelquefois l'inflammation occupe une grande étendue; on dirait alors un érysipèle phlegmoneux.

En général, le gonflement a lieu d'abord ; il semble qu'un point de la mamelle est boursouflé du côté de la peau ; alors le mamelon paraît déprimé. Le sein n'est pas soulevé comme je le montrerai pour les inflammations profondes. Je n'ai pas à parler des autres symptômes, ni à établir le diagnostic différentiel entre cette inflammation, l'érysipèle et l'angioleucite (1). Je répète que les caractères sont ceux du phlegmon sous-cutané, lequel a été étudié ailleurs. C'est dire que la suppuration sera la terminaison la plus fréquente.

Ce que j'ai dit des différents points de départ de l'inflammation fait ressortir les premières indications. On détruira les maladies de la peau, on agira sur les engorgements du sein. Une fois établie, je doute qu'on empêche l'inflammation de produire la suppuration. Mais on peut la borner, l'empêcher de se prolonger. Les moyens curatifs sont les mêmes que pour le phlegmon : phlébotomie copieuse si le sujet est fort et jeune; application de sangsues sur le lieu même de l'inflammation pour peu qu'elle soit étendue, intense; cataplasmes émollients, fomentations de même nature, dérivatifs sur le tube intestinal, boissons diurétiques.

II. INFLAMMATIONS PROFONDES OU SOUS-MAMMAIRES.

Elles ont aussi trois origines : 1° Le plus souvent c'est du sein que part le stimulus ; le mal marche vers la poitrine. 2° C'est de la poitrine que vient le mal, lequel marche vers le sein : ainsi une vomique, une violente pleurésie, des tubercules dans les poumons, une fracture, une carie, une nécrose des côtes. 3° L'inflammation qui débute par le tissu cellulaire profond du sein, qui l'envahit spontanément, est très rare : on l'a observée chez des femmes profon-

(1) Voyez dans le premier volume, *Maladies de la peau*, *Maladies des ymphatiques*.

Digitized by Google

dément débilitées; encore n'est-il pas certain qu'il n'existât aucune lésion chronique du côté de la poitrine. Un coup violent au sein peut porter ses effets sur le tissu cellulaire profond, en laissant la glande intacte; il peut alors survenir une inflammation traumatique qui commence par la couche profonde.

L'inflammation profonde du sein est accusée par des caractères particuliers. Le gonflement est considérable, il comprend toute la région; la mamelle est repoussée en avant; si on la comprime d'avant en arrière, il semble qu'elle repose sur une éponge. La peau est tendue, lisse, et sillonnée par de grosses veines; elle est chaude et légèrement rouge. Les douleurs, sourdes, profondes, gravatives, ne sont que légèrement augmentées par la compression. La réaction générale, la fièvre est vive, elle a le caractère inflammatoire.

La marche est rapide : en quarante-huit heures, on a vu le sein acquérir le double, le triple de son volume. Au cinquième jour, le plus tard, l'inflammation est parvenue au summum d'intensité. La suppuration est son effet presque constant, rarement la gangrène, encore plus rarement l'induration.

C'est encore ici le traitement du phlegmon qui sera employé, mais du phlegmon profond : ainsi, saignées et sangsues largement employées et répétées coup sur coup, si on veut faire avorter l'inflammation ou borner ses effets. Les sangsues seront appliquées non sur le sein, mais autour de cette glande. Quelle confiance peuvent inspirer les topiques, quand une inflammation est aussi profonde? Après les émissions sanguines, les dérivatifs sur le tube digestif seront applicables: ainsi, calomel, sulfate de soude, tartre stibié.

III. INFLAMMATIONS GLANDULAIRES.

Ces inflammations surviennent, le plus souvent, aux femmes enceintes, en couches, aux nourrices. Il est évident que la sécrétion laiteuse joue ici un grand rôle, et que le point de départ doit être dans le parenchyme même de la glande ou dans les conduits galactophores. Il peut être aussi dans le tissu inter-lobulaire; mais alors ce sont des causes externes, des coups, et autres violences qui ont agi.

ENGORGEMENT LAITEUX, — POIL. Il y a un engorgement des mamelles qui n'est peut-être pas complétement inflammatoire et qu'on appelle

Digitized by Google

vulgairement *poil* (1); on l'observe chez les nourrices : il paraît être dû à une vraie rétention du lait. Le passage brusque du chaud au froid, une sécrétion trop abondante des mamelles, un trop long temps entre les moments de la lactation, une *montée de lait* trop brusque, par saccade, une succion trop précipitée, voilà les principales causes de l'engorgement laiteux. Le lait retenu dans la glande lui donne un plus grand volume, mais elle n'est pas soulevée comme dans les dernières inflammations que j'ai décrites. Le sein est endurci, inégal et bosselé. La peau n'est pas colorée; elle est même quelquefois plus pâle que dans l'état normal. Il y a des douleurs assez vives, et même quelquefois une réaction générale. Cet engorgement peut se dissiper de lui-même, ou devenir la cause d'une vraie inflammation. Quand il n'y a qu'un sein de pris, il vaut mieux donner l'autre au nourrisson, et dégorger celui qui est malade par la bouche d'un adulte, d'un jeune animal ou d'une ventouse *ad hoc*. On usera surtout de ces moyens si le nourrisson tète avec avidité; ou bien on ne lui donnera le sein malade qu'après lui avoir donné celui qui n'est pas engorgé.

Les fomentations chaudes, la ouate, un régime tenu, quelques diurétiques suffiront souvent quand on aura mieux dirigé la lactation. Si ces précautions sont insuffisantes, on emploiera des liniments suivants :

LINIMENT-RANQUE.	Eau de laurier cerise,	60 gram.
	Extrait de belladone,	2 gram.
	Ether,	30 gram.
LINIMENT-VELPEAU.	Jaune d'œuf,	n° 2.
	Ammoniaque,	4 gram.
	Camphre,	32 gram.

A. Cooper emploie l'huile d'ammoniaque et le camphre.

Si ces moyens, au lieu de diminuer l'engorgement, l'augmentaient, si la douleur devenait plus vive et la réaction plus forte, il faudrait en venir aux antiphlogistiques.

MAMMITE PROPREMENT DITE. Après l'engorgement laiteux, survient quelquefois l'inflammation proprement dite de la glande : les canaux galactophores sont alors le point de départ le plus fréquent. La dou-

(1) Il paraît que c'est Aristote qui le premier a employé ce mot, parce qu'il attribuait à un poil avalé en buvant, l'engorgement du sein, lequel ne devait être guéri qu'après l'élimination du poil. (*Histoire des animaux*, traduction de Camus, tom. I, pag. 447, in-4°, livre 7; XI—14).

Digitized by Google

leur et le gonflement apparaissent dans plusieurs points de la glande. La douleur est sourde et un peu lancinante, et non pongitive, comme dans les inflammations sous-cutanées, ni gravative et large, comme dans les inflammations profondes. Les bosselures apparaissent surtout au voisinage de l'aréole. C'est le doigt qui les constate plutôt que les yeux. Là aussi la rougeur est plus prononcée. Cette inflammation, se présentant d'abord sous forme de noyaux multiples, s'étend au tissu cellulaire interlobulaire, au sous-cutané, au profond et quelquefois partout.

La marche de l'inflammation de la glande elle-même est moins rapide que celle du tissu cellulaire qui l'entoure. La suppuration a rarement lieu avant le huitième, le dixième jour. C'est celle qui passe le plus souvent à l'état d'induration. Comme elle parcourt plusieurs lobes, qu'elle va d'une couche du tissu cellulaire à l'autre, la durée totale va à trois semaines, quelquefois plus. Le pronostic est donc plus grave que pour les autres inflammations.

Si c'est une nourrice qui a le sein ainsi enflammé, on se demande de suite si on doit laisser téter l'enfant. Je répéterai ce que j'ai déjà dit pour l'engorgement laiteux ; on devra éloigner le nourrisson pendant quelques jours, et on couvrira le sein de cataplasmes émollients. On donnera l'autre sein s'il n'est pas malade. Mais la garde-malade exercera une succion sur le sein enflammé ; cette succion sera douce, peu prolongée et souvent répétée, ou bien on se servira d'une ventouse *ad hoc*. Dès que les symptômes inflammatoires auront baissé, on donnera le sein malade à l'enfant, mais il ne le gardera pas longtemps : il vaut mieux qu'il le reprenne plus souvent. Avant et après l'allaitement, le bout sera lotionné avec une décoction émolliente.

Si la femme nourrit, on se dispensera autant que possible des émissions sanguines, des purgatifs, des tisanes dites dépuratives. On diminue seulement la quantité des aliments, on donne du petit-lait, du jus de pruneaux, etc. Mais si la femme ne nourrit pas, les émissions sanguines ne seront pas épargnées, on répétera souvent les applications de sangsues, on agira plusieurs fois sur le tube digestif par des purgatifs salins et sur les reins par des diurétiques ; le petit-lait de Weisse, la tisane de pervenche, de roseaux de Provence, sont ici très usités.

Digitized by Google

ARTICLE III.

Abcès des mamelles.

Ils sont produits par les inflammations que je viens d'étudier : aussi présentent-ils des caractères analogues, et peuvent-ils être divisés en autant de variétés. Ceux qui ont écrit le roman et non l'histoire de la femme dans l'état puerpéral, ont dit que les abcès du sein étaient plus fréquents chez celles qui ne nourrissaient pas : or, rien de plus faux. Parmi les mille preuves de ce que j'avance, je ne présenterai que celle-ci : ce n'est pas dans les huit ou dix premiers jours après l'accouchement qu'apparaissent ordinairement les abcès ; or, ce ne serait cependant guère que dans cet espace de temps qu'on pourrait les craindre chez les femmes qui ne nourrissent pas.

1° Abcès superficiels.	*a.* De l'aréole. *b.* Du tissu cellulo-graisseux.
2° — profonds.	*a.* Idiopathiques. *b.* Symptomatiques.
3° — glanduleux.	*a.* Primitifs. *b.* Secondaires.

I. ABCÈS SUPERFICIELS OU SOUS-CUTANÉS.

Abcès de l'aréole. Ils sont multiples et très circonscrits. Ce sont des bosselures qui dépassent rarement le volume d'une noisette, d'une noix ; il est extrêmement rare qu'ils soient comme la moitié d'un œuf. La peau est lisse, un peu tendue, livide ou bleuâtre. Pour constater la fluctuation, on comprime la mamelle dans le sens d'un de ses grands diamètres. Alors, s'il y a abcès, la tumeur deviendra plus livide, plus tendue ; elle présentera à l'index qui la comprimera d'avant en arrière la flexibilité d'une petite vessie que n'ont point les parties voisines dont le toucher fournit la sensation d'une éponge ou d'un corps solide.

Il ne faudrait pas prendre pour des abcès des inégalités naturelles, certaines dilatations des conduits galactophores, l'aspect fongueux que présente le sein de quelques femmes, les replis ou bourrelets que laisse parfois à sa suite un allaitement longtemps prolongé ou trop fréquemment répété. Règle générale : quand on explore un sein, il y aura toujours un grand avantage à se servir d'un aide. Il fixe la mamelle ou la comprime dans le sens voulu par

Digitized by Google

la position de l'abcès ; le chirurgien, ayant les deux mains libres, perçoit plus facilement la fluctuation. Ces abcès ne nécessitent pas l'éloignement du nourrisson : on peut lui donner le sein, excepté quand le pus est très voisin du mamelon.

Quoique l'ouverture spontanée de ces abcès s'opère promptement, il vaut mieux prévenir la nature, les ouvrir pour hâter et faciliter le recollement de la peau.

Abcès du tissu cellulo-graisseux. Ce sont de vrais abcès phlegmoneux, ils en ont tous les caractères. La fluctuation est obtenue par le procédé indiqué à l'article *Abcès en général*, tom. I. Pour faciliter cette exploration, la mamelle sera fixée en l'appliquant contre la poitrine. Les collections purulentes occupent le plus souvent la moitié inférieure externe de la mamelle. Il n'est pas rare cependant de les voir en haut et en dedans. C'est surtout chez les femmes dont le sein est volumineux qu'ils ont ce double siége. Les premiers sont au point le plus déclive, les autres sont dus au tiraillement d'un sein lourd et non suffisamment soutenu. Le plus souvent, l'abcès est unique ; cependant M. Velpeau en a vu jusqu'à six sur une femme qui avait un érysipèle ambulant. Leur volume peut être considérable ; il peut être comme un œuf, comme le poing et même comme la moitié d'une tête d'enfant.

Abandonnés à eux-mêmes, ces abcès s'ouvrent vers le dixième jour, en détruisant les tissus, de l'intérieur à l'extérieur. Il n'y a presque jamais résorption ni métastase. Par exception, le pus peut s'étendre en fusée vers l'aisselle, l'hypochondre, l'épigastre ; l'humeur reste sous-cutanée : c'est un phlegmon diffus, ce qui suppose un dérangement dans la constitution. De sous-cutané, le pus peut devenir profond, en passant de mailles en mailles jusque derrière le sein. On doit craindre cette migration du pus quand l'abcès est très rapproché du pourtour de la glande.

L'abcès sous-cutané ordinaire ne nécessite pas l'éloignement du nourrisson, car le pus est complétement séparé du parenchyme de la glande et de ses canaux. L'incision est ici le meilleur, le plus court moyen pour évacuer le pus, faciliter la résolution des tissus environnants et le recollement de la peau. On incisera sur le point le plus déclive, on sondera le foyer, et on ne négligera pas les contre-ouvertures, pour peu que la poche ne puisse être facilement vidée par la première incision.

Digitized by Google

II. ABCÈS PROFONDS SOUS-MAMMAIRES.

Ils sont idiopathiques ou symptomatiques. Il y a une grande différence pour le pronostic de ces deux espèces : car les premiers ont été produits dans le tissu cellulaire qui matelasse le sein, ils peuvent dépendre d'une inflammation très simple ; tandis que pour les autres le pus prend sa source plus ou moins profondément du côté de la poitrine : c'est un cartilage, une côte malade ; ce sont des tubercules fondus dans la poitrine ; c'est un épanchement pleurétique, etc.

Le pus peut avoir une source moins lointaine : ainsi j'ai parlé de celui qui se formait dans le tissu cellulaire sous-cutané, et qui fusait derrière la mamelle. Dans les abcès du tissu de cette glande, on voit aussi le pus gagner quelquefois la poitrine et passer derrière cet organe. Ces abcès, qui ne sont pas simples, n'ont cependant pas la gravité de ceux dont la source est du côté de la poitrine.

Ordinairement les abcès profonds sont volumineux : la quantité du pus devient rapidement considérable ; elle peut aller jusqu'à deux litres. Il semble alors qu'une vessie pleine de liquide est entre la poitrine et le sein. On éprouve une sensation qui donne l'idée de cet intermédiaire, soit qu'on comprime le sein d'avant en arrière, soit qu'on le pousse sur un des côtés. Cet organe, dont la rougeur n'est pas très prononcée, est soulevé, tendu, légèrement bosselé, quelquefois lisse, chaud, et a une rénitence toute particulière. Comme on le pense bien, il y a ici des obscurités, et il est probable que quand un abcès a simulé le cancer pour lequel on a entrepris l'extirpation, l'abcès était alors à cette profondeur. Une pareille erreur vient d'avoir lieu dans un grand hôpital de la capitale. Ce sont les abcès chroniques qui exposent le plus à ces méprises. On voit, en effet, des suppurations du tissu sous-mammaire avoir lieu sans susciter des phénomènes de réaction très saillants. Il est d'ailleurs des femmes dont la sensibilité n'est pas vive ; chez elles, le pus formé derrière la mamelle n'allume pas l'inflammation éliminative, ou ne l'allume que très tard. M. Velpeau cite plusieurs cas qui prouvent ce que j'avance ici. Je répète que ce sont de pareils abcès qui ont été la cause des méprises que j'ai signalées. Le toucher peut souvent tromper ; on fera bien de s'enquérir avec le plus grand scrupule de tous les antécédents, et si, aux symptômes passés d'une inflammation, on peut joindre cet empâtement particulier qui en-

(1) *Cours de microscopie.* Paris, 1844, pag. 431.

Digitized by Google

toure les suppurations profondes, on aura de grandes probabilités sur l'existence d'un foyer purulent.

L'enfant ne sera pas éloigné du sein, tant que la suppuration ne gagnera pas la glande. Et pour cela, le meilleur moyen, c'est d'ouvrir l'abcès sur le point le plus déclive. C'est en bas en dehors, ou en bas en dedans, ou tout-à-fait en bas qu'on pratique l'incision. Si l'abcès proéminait davantage sur un point non-déclive et que la fluctuation y fût plus manifeste, c'est là qu'on devrait d'abord inciser, sauf à en venir à une contre-ouverture plus tard. Si l'abcès est borné au tissu cellulaire profond, s'il ne s'est pas formé des foyers secondaires dans la glande, le pus est bientôt complétement éliminé, le rapprochement et l'adhésion des parois de la nouvelle poche ne se font pas attendre.

Quand l'inflammation suppurative s'est propagée au tissu de la glande ou à celui qui entoure les lobes, il y a des inégalités du sein, plusieurs petites tumeurs qui augmentent de volume en diminuant de consistance et offrent bientôt de la fluctuation. Si cette complication existe, c'est-à-dire s'il y a, en même temps, abcès sous-mammaire avec abcès mammaire ordinairement multiple, comme tout le pus ne peut être évacué entièrement par la première incision dont j'ai déjà parlé, il faut en pratiquer d'autres. On ouvrira d'abord chaque abcès formé dans la mamelle. Mais même en multipliant ces ouvertures, on ne videra pas tous les foyers : les plus profonds, surtout celui qui est derrière la glande, retiendrait toujours une certaine quantité d'humeur. D'ailleurs, la petite ouverture pratiquée à la glande se refermerait bientôt, et par l'élasticité de l'organe et par le gonflement des bords de l'incision. Il faut alors considérer la glande comme formant la paroi antérieure du grand foyer, et la fendre largement. Si on peut joindre par cette incision la première incision faite au pourtour de la glande, on aura les plus grandes chances pour que l'abcès soit bientôt complétement vidé. C'est Hey qui le premier a bien apprécié les avantages de cette grande incision de la glande. M. Velpeau a adopté ses principes. Mais il est des praticiens recommandables qui la repoussent; A. Cooper est du nombre. Le malade ne s'y soumet qu'avec la plus grande difficulté. Il faut alors placer des mèches et même une sonde en gomme élastique dans la plaie pour leur faire éconduire le pus contenu dans les foyers. C'est M. J. Cloquet qui conseille ce dernier moyen.

Digitized by Google

III. ABCÈS PARENCHYMATEUX OU GLANDULEUX.

Ce sont les plus fréquents chez les femmes enceintes, les nouvelles accouchées, les nourrices. C'est de la glande, de ses conduits ou du tissu cellulaire qui lie les éléments de ces organes, que partent tous les abcès qui ne sont pas dus à des violences extérieures. On comprend que la rétention du lait, *le poil*, doit être pour beaucoup dans la production des abcès parenchymateux. Quand il y a un obstacle au cours du lait, il se fait derrière cet obstacle une accumulation de ce liquide, qui dilate, amincit et perfore quelquefois les canaux galactophores. De là des extravasations favorables à la formation du pus. Quelquefois le lait ne s'échappe que par suintement, par endosmose, ou bien l'irritation des conduits engorgés se transmet au parenchyme de la glande ou au tissu cellulaire de la glande, etc. Tout cela peut être; mais ce qui est beaucoup plus réel, c'est que ces abcèssont ordinairement plus petits, plus nombreux, mieux circonscrits que ceux du tissu cellulaire sous-cutané ou sous-mammaire.

M. Velpeau a vu survenir successivement jusqu'à trente-trois de ces abcès dans le même sein. Cette multiplication d'abcès s'explique par le nombre des canaux galactophores enflammés ou par des successions de phlegmasies attaquant les divers lobules qui composent le sein.

Ces abcès apparaissent ordinairement sous l'aréole et autour d'elle. Leur siége, l'existence sur plusieurs endroits du sein de douleurs profondes et lancinantes depuis six, huit ou dix jours, font penser à cette variété, laquelle est entièrement dévoilée si la peau s'amincit, devient bleuâtre, s'il y a fluctuation. La marche de ces abcès est beaucoup plus lente que celle des abcès du tissu cellulaire; il leur faut souvent dix jours, quelquefois quinze, pour se développer. Mais une fois que, du parenchyme ou des canaux galactophores, l'inflammation suppurative a passé dans le tissu cellulaire, les choses vont plus vite.

C'est pour ces abcès qu'on doit empêcher l'allaitement, car il a été constaté par M. Donné (1) que le pus se mêlait au lait, ce qui donne des qualités très nuisibles à celui-ci. C'est encore pour ces abcès qu'on ne doit pas se hâter de faire l'ouverture; il faut attendre que la fluctuation soit évidente. Cependant on ne devrait pas abandonner complétement ces collections et attendre l'ouverture spon-

(1) *Cours de microscopie*. Paris, 1844, page 431.

Digitized by Google

tanée, car, du parenchyme, l'abcès peut passer dans le tissu cellulaire profond, ce qui est une complication. Comme je l'ai dit, ces abcès sont ordinairement multiples et petits; aussi fera-t-on de petites incisions sur tous les points fluctuants. Il est des praticiens recommandables qui attendent l'ouverture spontanée: M. Moreau est du nombre. Il prétend que, quand on ouvre ces abcès, on n'en voit plus la fin; tandis que, quand ils s'ouvrent spontanément, ils s'épuisent et se tarissent plus tôt.

C'est contre ces abcès que la médication indirecte ou interne est réellement utile. Il arrive, en effet, que les topiques et tout le traitement chirurgical n'empêchent pas la reproduction ou la persistance de la suppuration, car la sécrétion du pus et celle du lait s'influencent mutuellement, et le mal persiste. Il faut chercher à tarir la source du lait. C'est alors qu'une diminution dans la quantité des aliments, que les préparations d'iode, le calomel à doses fractionnées, les différents purgatifs, et même le tartre stibié par la méthode de Rasori; c'est alors que ces dérivatifs ou dépuratifs ont ordinairement un bon effet. Mais comme ces moyens ont une action générale, ils influencent la mamelle saine comme celle qui est malade, et dans les deux la sécrétion du lait peut être arrêtée, ce qui est un inconvénient pour les femmes qui tiennent à nourrir leur enfant et à conserver le lait à un sein. Ces femmes, en se bornant aux agents locaux directs, devront se résigner à attendre longtemps une guérison entière et complète.

ARTICLE IV.

Fistules des mamelles.

Il y a des abcès multiloculaires avec clapiers, et dont l'ouverture n'est pas sur un point déclive; ces abcès se vident très lentement et par un trajet dont les parois s'épaississent. Quelquefois, le retrait des parois d'un foyer purulent se fait avec peine; ces parois s'épaississent aussi; la pseudo-membrane qui les tapisse sécrète continuellement une humeur éconduite par l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès. Si on appelle cela fistule, je conviens que les fistules de sein sont fréquentes; mais je crois que c'est par abus du mot qu'on a ainsi appelé ces trajets anciens qui parcourent le sein quand les abcès ont la disposition que j'ai indiquée tantôt. On n'avancerait rien, d'ailleurs, en agissant sur ces trajets, si on laissait persister le foyer. C'est lui qu'il faut modifier. Il suffira quelquefois de pratiquer

Digitized by Google

une contre-ouverture pour rendre l'écoulement des humeurs plus facile; on le fera surtout quand la première incision n'aura pas été pratiquée sur un point assez déclive. La compression peut être utile pour combler les clapiers, effacer les trajets et tarir aussi les fausses fistules.

Les vraies fistules sont celles qui ont lieu ici comme à la glande parotide. Elles peuvent être la suite d'une rétention de lait qui a dilaté et éraillé les canaux derrière l'obstacle; ou bien les mêmes canaux ont été divisés, rompus par une violence extérieure, et leur solution de continuité a été entretenue par la présence du lait. Mais, à la parotide, les canaux sont plus développés, l'humeur sécrétée est plus fluide, la sécrétion est continue. Au sein, il n'y a pas cette continuité dans la sécrétion : l'humeur est plus consistante, les canaux moins larges, toutes circonstances favorables à la guérison plus prompte, plus facile des fistules de cet organe. On a réussi presque toujours à obtenir cette guérison, soit par la cessation de l'allaitemeut, soit par la compression seule ou aidée de quelques cautérisations avec le nitrate d'argent. Les deux premiers moyens ne peuvent être employés que quand la femme veut abandonner le sein malade. Quand elle désire, au contraire, le donner à l'enfant, on se contentera de poudres astringentes, de quelques injections irritantes aidées de la cautérisation. On est quelquefois obligé d'agrandir l'ouverture extérieure de ces fistules, pour aller toucher le fond avec le caustique. On devrait pratiquer ici la cautérisation comme je le fais dans les cas de fistules vulvo-rectales. Je me sers d'une sonde cannelée ordinaire; dans la cannelure, je fais fondre du nitrate d'argent; j'introduis la sonde ainsi chargée dans le conduit fistuleux; comme elle est flexible, je puis lui donner les dispositions de la fistule; à mesure qu'elle la parcourt, je la tourne dans les doigts, pour que tout soit cautérisé.

ARTICLE V.

Hypertrophie des mamelles.

L'hypertrophie peut porter sur les deux mamelles ou sur une seule, sur tous les éléments qui la composent, sur deux d'entre eux ou un seul; elle peut même n'envahir qu'un point de la glande ou du tissu cellulaire. L'hypertrophie peut être précédée ou non d'un état morbide, par exemple une inflammation. Les hypertrophies

Digitized by Google

qui sont précédées ou produites par une inflammation ou tout autre état morbide, sont ordinairement bornées à un élément de la mamelle : c'est une partie du tissu cellulaire. Elles forment tumeur ; c'est l'hypertrophie morbide. L'hypertrophie normale qui envahit ordinairement tout l'organe, le développe en entier : c'est un accroissement de celui-ci et non une véritable tumeur.

I. HYPERTROPHIE GLANDULAIRE.

Celle qui consiste dans un développement exagéré du parenchyme du sein est plus fréquente en Amérique, en Angleterre, en Allemagne qu'en France. Elle est plus fréquente à l'âge de la puberté. A. Cooper dit que c'est de trente à trente-cinq ans ; il en accuse le célibat. Cette hypertrophie n'est précédée d'aucune douleur ni d'aucun trouble dans les grandes fonctions. On voit les mamelles se développer, et on dit que la femme *prend de la gorge ;* mais bientôt elle en prend trop, puisque tous les jours les progrès se font remarquer ; ils peuvent être tels qu'à quinze ans une fille a des mamelles qui se prolongent jusque sur l'abdomen (A. Cooper). MM. Chassaignac et Richelot, traducteurs des œuvres de ce chirurgien, citent onze exemples du même genre, entre autres celui d'une femme dont la mamelle allait jusqu'aux genoux et pesait trente livres. En compulsant les annales de la science, on trouve beaucoup de faits qui se rapportent à l'hypertrophie du sein. (Voyez le fait que j'ai emprunté à Manget quand j'ai traité des anomalies du sein.)

En prenant un pareil développement, les seins se déforment. Ils tendent, à mesure qu'ils pendent, à se pédiculer et revêtir la forme d'une poire. Il est rare qu'avec un développement excessif la mamelle reste globuleuse et ne descende pas au-dessous de la poitrine. Quand on observe une pareille exception, c'est sur des femmes jeunes et vigoureuses. A mesure que les mamelles prennent un accroissement aussi démesuré, les époques des règles s'éloignent et deviennent moins précises ; souvent même elles sont supprimées. La voix subit des modifications ; elle est rauque par moment, surtout pendant l'accroissement du sein. Selon M. Velpeau, le sein ainsi développé peut subir *quelque transformation de mauvaise nature.* C'est bien rare. Je ferai remarquer ici la différence qu'il y a entre les conséquences de l'hypertrophie de la glande mammaire et celle du corps thyroïde. J'ai dit et prouvé la fréquence des dégénérescences de cet organe, une fois hypertrophié ; tandis que celles de

Digitized by Google

la glande en question sont on ne peut plus rares. Je rappelle que la fréquence des dégénérescences du corps thyroïde hypertrophié m'a fait penser que son hypertrophie différait probablement des hypertrophies des autres organes qui dégénéraient si rarement quand ils étaient en état de surnutrition.

L'hypertrophie du sein peut coïncider avec un état parfait de santé; mais il est rare, quand il y a excès dans cette hypertrophie, que les grandes fonctions ne soient pas altérées, que la nutrition générale se fasse bien. Je me rappellerai toujours avoir vu dans les amphithéâtres de l'Hôtel-Dieu le cadavre d'une jeune fille dans un état d'émaciation complète : ses seins avaient un volume incroyable.

Les progrès de cette hypertrophie peuvent donner lieu, non seulement à une difformité fort désagréable, mais ils peuvent attenter à la vie. On a donc songé à les arrêter; pour cela, il faut se hâter d'agir sur la glande. Tous les moyens employés contre l'hypertrophie en général sont ici applicables. Fingeruth en Allemagne, Huston en Amérique, Cooper en Angleterre, ont employé le calomel à doses fractionnées, l'émétique à doses nauséeuses, les purgatifs répétés, les emménagogues, les topiques astringents, résolutifs ou fondants. Tous ces moyens ont échoué ou ont eu des succès médiocres. L'iode pourrait plutôt avoir un effet salutaire, car on sait qu'administré pour le goître il produit un effet marqué sur les mamelles. M. Velpeau est grand partisan du mariage. Il y a entre les mamelles et l'utérus de tels rapports, que le coït et la gestation ne pourraient guère manquer, selon ce chirurgien, d'avoir un effet salutaire. La compression ne devra pas être négligée, quels que soient les autres moyens mis en usage.

II. HYPERTROPHIE GRAISSEUSE.

Il peut y avoir développement trop considérable de tout le tissu adipeux du sein ou d'une partie seulement. Cette hypertrophie, portée au point de constituer une difformité très choquante ou une maladie grave, est très rare. L'hypertrophie peut ne porter que sur une partie de la graisse du sein; de là, une tumeur appelée loupe : c'est encore rare. Le diagnostic et le traitement de ces loupes n'est pas différent de celui que j'ai indiqué dans le premier volume. On peut en faire l'extirpation. Quand tout le tissu adipeux est pris, la chirurgie doit s'abstenir. On ne peut faire usage que des moyens

Digitized by Google

généraux ; mais, pour agir sur la mamelle, il faut agir sur les autres organes, les débiliter, ce qui n'est pas toujours prudent.

III. HYPERTROPHIE CELLULO-FIBREUSE. — TUMEURS MAMMAIRES CHRONIQUES.

Cette forme d'hypertrophie doit surtout fixer l'attention des chirurgiens, car elle peut donner lieu à des tumeurs qui simulent singulièrement le squirrhe ; de là, une erreur de diagnostic qui conduit à un pronostic et à un traitement fort erronés. C'est surtout ici une hypertrophie morbide. Il n'est pas rare qu'après une inflammation du sein, après un abcès, il reste un point induré, un développement plus considérable du sein ; c'est le tissu enflammé ou voisin de l'inflammation dont les cellules se sont remplies de lymphe coagulable, et qui s'est épaissi par imbibition de cette lymphe. Il se fait là ce qu'on observe autour des cicatrices, une induration, mais une induration qui n'est pas due à une dégénérescence comme le squirrhe. Des effets semblables à ceux produits par une inflammation vive, par celle qui a amené la formation d'un abcès, peuvent aussi être le résultat d'une inflammation lente, sourde, latente. De là, la formation de certaines tumeurs qui n'ont été précédées par aucun phénomène assez tranché pour éveiller l'attention du sujet. Ce sont de pareilles hypertrophies, de pareilles tumeurs qui ont surtout été prises pour des squirrhes ; car, dans les commencements, rien ne semble distinguer ces deux affections. Il n'y aurait guère que l'état général, qui est parfait quand il y a hypertrophie. Mais le commencement d'un squirrhe peut coïncider avec les apparences de la plus belle santé possible. Ce sont ces hypertrophies partielles de sein qui ont aussi été appelées *tumeurs mammaires chroniques*. Ce sont celles que M. Cruveilhier (1) a voulu assimiler aux *tumeurs fibreuses* de l'utérus. Je reviendrai sur l'opinion de M. Cruveilhier. Je vais dès à présent indiquer quelques caractères de la *tumeur mammaire chronique*, de cette forme particulière de l'hypertrophie du sein. La plupart des tumeurs peu profondes que les femmes appellent *glandes* appartiennent à cette espèce de tumeur du sein : on l'observe chez les femmes jeunes encore ; elle est mobile du côté de la peau, du côté de la glande mammaire ; sa consistance est moindre

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1844, t. IX, pag. 330.

Digitized by Google

que celle du squirrhe ; elle est lobulée. Ces lobes peuvent parfaitement être distingués par une palpation méthodique. Ce caractère persiste pendant toutes les périodes de la tumeur ; elle peut rester stationnaire pendant un temps considérable ; quelquefois elle disparaît spontanément ; elle est généralement indolente ; cependant on en a observé qui étaient le siége de ces douleurs lancinantes qui semblent traverser la tumeur ; mais ce sont là de très rares exceptions.

Si l'hypertrophie, la tumeur a succédé à un abcès ou à une inflammation dont les caractères ont été tranchés, le diagnostic est beaucoup plus facile. On a ces antécédents, et on trouve le sein évidemment plus dur, moins élastique, moins bosselé ; il paraît plus homogène que dans l'état naturel. Il semble alors que le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, les brides, les cloisons interglandulaires soient confondues en une masse au milieu de laquelle la glande est ensevelie. Ce sont de pareilles tumeurs qui ont fait la fortune de certains moyens vantés contre le cancer. En effet, comme elles sont réellement guérissables, comme elles ne récidivent pas après leur résolution, leur destruction ou leur ablation, elles ont dû être singulièrement favorables à la vogue des moyens qui ont été employés contre elles et à la réputation des chirurgiens qui les ont traitées.

On peut rapporter à ces tumeurs tout ce qui a été dit sur la guérison des cancers par les fondants, les sangsues en grand et petit nombre, par la compression. Ce sont en effet les moyens qu'il faut employer et ne pas se lasser de répéter toutes les fois qu'on traite de pareilles tumeurs. Tôt ou tard ils réussissent ; leur succès peut singulièrement être hâté, s'il y a changement dans la vie, les habitudes du sujet, qui enfin se trouve dans de meilleures conditions hygiéniques. On voit quelquefois cet effet produit par une menstruation plus régulière ou plus abondante. Le veuvage peut être on ne peut plus favorable à la disparition de ces tumeurs. Ainsi, comme on peut beaucoup attendre des moyens locaux, des dérivatifs, de l'hygiène et du temps, on s'abstiendra de toute opération, ou du moins on l'éloignera le plus possible.

Digitized by Google

CHAPITRE IV.

LÉSIONS ORGANIQUES DES MAMELLES.

Tous les éléments du sein peuvent dégénérer ou être envahis par une production nouvelle. Le sang lui-même, le lait, le pus, qui s'accumulent dans cet organe, subissent une espèce de dégénérescence: de là une foule de tumeurs. La nature de la dégénérescence, le tissu ou l'humeur qui la subissent apportent des modifications aux caractères de ces tumeurs.

J'ai dit, en commençant ce chapitre, que les distinctions, les différences que l'anatomie avait établies n'étaient pas encore assez bien traduites à l'extérieur, pendant la vie, pour constituer une symptomatologie précise, rigoureuse. Il existe cependant des caractères assez tranchés pour former des groupes. Ainsi, il y a des tumeurs humorales des kystes, et des tumeurs solides; il y en a de bénignes et de malignes. A. Cooper a le premier appliqué ces dernières dénominations aux tumeurs du sein. Il appelle *bénignes* celles dont l'existence, le développement n'est dû à aucune diathèse cancéreuse; elles ne peuvent devenir dangereuses que par les effets produits sur la région qu'elles occupent. Les tumeurs *malignes*, au contraire, se lient à une diathèse cancéreuse; elles ont des effets graves, non seulement sur la localité où elles se sont établies, mais sur toute l'économie.

I. KYSTES. — CAVITÉS CLOSES ACCIDENTELLES.

A. Cooper considère toute tumeur contenant de la sérosité comme une hydatide. En France, on n'appelle ainsi que les tumeurs qui renferment des corps particuliers, blanchâtres, réputés vivants par quelques auteurs, lesquels nagent dans un liquide plus ou moins transparent et blanchâtre. Ainsi, dans les kystes, si on trouve ces corps et cette humeur, on les appelle *kystes hydatiques*. Les kystes *séro-sanguins* contiennent une humeur noirâtre, roussâtre, ayant de l'analogie avec le sang menstruel; les kystes *séro-muqueux* renferment une matière de couleur grise ou jaunâtre, d'aspect mucilagineux, et presque complétement liquide. Ces deux dernières espèces sont les principales admises par M. Velpeau. Mais si on voulait subdiviser, en prenant pour base la matière contenue dans le kyste, on établirait une infinité de variétés: ainsi on a trouvé dans la poche

Digitized by Google

une sérosité couleur paille, une humeur verdâtre fétide. Mais ces variétés peuvent rationnellement se rapporter à l'espèce *séro-sanguine*, parce que là où le sang est déposé, il peut subir beaucoup de modifications. (Voyez *Cavités closes en général*, t. I, p. 460 et suiv.) Quant au contenant, on peut, comme l'a fait M. Nélaton, établir cette division : 1° kystes uniloculaires; 2° kystes multiloculaires. Selon M. Nelaton, et contre l'opinion de Boyer, ceux-ci seraient plus fréquents que les premiers. Il est bon de connaître ces circonstances pour apprécier convenablement l'injection plus ou moins irritante comme moyen curatif.

Tous ces kystes sont des espèces d'organes creux qui se développent d'une manière très latente dans le tissu cellulaire du sein, très rarement dans la glande même ; ils n'excitent aucune sympathie, ne causent, dans le plus grand nombre des cas, aucune douleur. Quand ils influencent la localité et l'organisme, ce n'est que comme corps étrangers; aussi les malades ne se plaignent-ils de ces tumeurs que quand elles ont déjà acquis un certain développement. Les kystes hydatiques sont les seuls dont le développement s'opère ordinairement avec une certaine rapidité; ils peuvent, en effet, en moins d'une année, acquérir le poids de plusieurs livres. En général, les kystes du sein n'ont qu'une loge, comme les *séro-muqueux ;* mais les *séro-sanguins* sont ordinairement multiples. Plus les kystes sont superficiels, moins le diagnostic offre de difficultés, car la fluctuation est alors plus facile à produire. La consistance du liquide, l'épaisseur, la dureté des parois, peuvent obscurcir le diagnostic en rendant difficile ou même impossible la perception du flot du liquide. Aussi, les kystes séro-muqueux sont les plus difficiles à reconnaître, parce que l'épaisseur de la poche est plus considérable; elle peut même s'incruster de sels calcaires, comme on le voit pour la tunique vaginale dans certains cas d'hydropisie de cette poche séreuse. Si les kystes hydatides étaient considérables et superficiels, la percussion pourrait produire une espèce de tintement appelé bruit hydatique, lequel a surtout été signalé par M. Récamier. La rapidité du développement de ces tumeurs, le grand volume qu'elles peuvent acquérir, doivent aussi être pris en considération. Les kystes séro-sanguins se reconnaissent à des bosselures, à des masses globuleuses élastiques, fluctuantes, quelquefois comme fongueuses, et au peu de développement que prennent ces tumeurs. Les kystes séro-muqueux ne présentent pas ces bosselures; ils ont

Digitized by Google

quelquefois la forme, la consistance des tumeurs fibreuses, et même plus, surtout quand la poche s'incruste de sels calcaires, comme les artères des vieillards.

Il sera toujours très difficile de dire les causes des kystes hydatides. En général, ces productions si singulières sont remarquées chez des personnes lymphatiques habitant des lieux bas, humides. C'est là tout ce que je sais sur leur étiologie. Quant aux autres kystes, en faisant leur histoire d'une manière complète, on trouve, le plus souvent, dans le commémoratif, des circonstances qui indiquent que du sang a été extravasé dans la mamelle à la suite d'un coup. On est alors porté à admettre que ces tumeurs sont formées par ce liquide dégénéré. Ainsi beaucoup de femmes ont reçu un coup sur la mamelle, et ont eu, par conséquent, une extravasation plus ou moins considérable de sang dans cet organe. D'autres ont eu, par des dérangements menstruels, des afflux sanguins des mamelles, qui y ont produit peut-être des espèces d'apoplexies qui se sont terminées par des kystes, comme on le remarque au cerveau.

Quoi qu'il en soit des causes de ces tumeurs, reste ceci d'acquis à la science : 1° elles sont ordinairement fluctuantes; 2° une ponction avec un troquart fin peut en compléter le diagnostic; 3° elles sont sans altération de la peau, sans douleur; 4° la santé générale n'en souffre nullement. Mais les kystes font quelquefois partie des *tumeurs composées*, et on peut voir alors un kyste creusé dans un squirrhe (Lisfranc, *Clinique chirurg. de la Pitié*). Cooper a disséqué un squirrhe du sein dans lequel se trouvaient des hydatides.

Les topiques, la médication interne, n'ont aucune influence sur les kystes. Ils peuvent être traités, comme l'hydrocèle, par la ponction simple, l'incision, l'injection irritante, le séton ou autre corps laissé à demeure dans la poche, enfin par l'extirpation. Un praticien sage emploiera ces moyens dans l'ordre ici indiqué. Quoique l'extirpation ne soit jamais une opération essentiellement grave, quand on la pratique pour une tumeur qui n'a pas de rapports avec l'ensemble de l'organisme et quand cet organisme est dans de bonnes conditions, cependant mieux vaut procéder le plus doucement possible et n'en venir à la destruction, à l'ablation du kyste que quand on aura tenté vainement de l'effacer en le vidant seulement, ou en provoquant une inflammation adhésive de ses parois.

Digitized by Google

II. DÉGÉNÉRESCENCE FIBREUSE.

M. Cruveilhier, dans une discussion académique qui a eu beaucoup de retentissement (1), a voulu établir que la mamelle pouvait renfermer des tumeurs, des *corps fibreux* comme ceux de la matrice. Ce professeur avait promis, 1° de montrer les caractères anatomiques de ces tumeurs; 2° d'exposer les différences qui les séparent des squirrhes ou cancers durs de cet organe; 3° de prouver que l'extirpation de ces *corps fibreux* n'est nullement nécessaire; 4° enfin de fournir des preuves qui établiraient que ces *corps fibreux* ne peuvent dégénérer, et qu'après leur extirpation la reproduction n'avait pas lieu.

Comme on le voit, ce savant professeur offrait deux ordres de preuves : des preuves anatomiques, des preuves cliniques. Il fallait avant tout établir les premières. Or, pendant la longue discussion provoquée par M. Cruveilhier, pas une preuve de ce genre n'a été faite, pas une tumeur fibreuse, comme les *corps fibreux* de la matrice, pas une de ces tumeurs n'a pu être exhibée, pas une n'a pu être manifestement démontrée. La base anatomique manquant, le reste n'a pu être discuté avec fruit. Il est resté dans les bons esprits cette vérité très ancienne, que le tissu fibreux pouvait très bien se produire ou se développer anormalement dans le sein, que certaines parties des lobes de la mamelle pouvaient subir une hypertrophie qui les constituait en état de tumeur plus ou moins mobile et indolente; mais qu'on n'avait pas trouvé dans le sein des *corps fibreux* comme ceux de la matrice, se développant ainsi, et ayant les mêmes caractères.

III. DÉGÉNÉRESCENCE FIBRINEUSE.

La partie la plus liquide du sang peut être absorbée, la matière colorante aussi; reste la fibrine; alors le kyste, au lieu de renfermer un liquide plus ou moins épais, enveloppe une tumeur solide qui a la même origine que les deux dernières espèces de kystes dont je viens de parler. Ces tumeurs fibrineuses ont pour caractères communs, d'être contenues dans une ou plusieurs poches, d'agir sur les tissus ambiants comme les corps étrangers, et de ne ressembler à aucun des éléments anatomiques de l'économie. Leur vo-

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, t. IX, pag. 330 et suiv. Voyez surtout la discussion à laquelle ont pris part MM. Blandin, Gerdy, Velpeau, Bérard, Lisfranc, etc.

Digitized by Google

lume varie entre celui d'une noisette et celui de la tête; elles sont bosselées, élastiques, comme fongueuses. Elles offrent, à la coupe, l'aspect d'un ganglion lymphatique raréfié, avec hypertrophie lobulée s'écrasant sous la pression du doigt; elles ont parfois tous les caractères des anciennes concrétions fibreuses; elles prennent quelquefois aussi assez de consistance pour faire croire à un squirrhe.

Ce sont les jeunes femmes, celles qui ne sont pas mariées, qui en portent le plus souvent. Ces tumeurs ressemblent, sous beaucoup de rapports, à celles qui ont été décrites par A. Cooper sous le nom de *tumeurs mammaires chroniques*, et dont j'ai déjà parlé; elles résistent à tous les topiques, à tout traitement interne. L'ablation en est facile, non dangereuse, et la récidive n'a jamais été observée par M. Velpeau qui paraît avoir le plus observé et opéré de ces tumeurs.

IV. DÉGÉNÉRESCENCE BUTYREUSE, CASÉEUSE.

Comme le sang, le lait peut s'accumuler dans le sein et former des tumeurs plus ou moins consistantes. Dupuytren avait déjà fait mention dans sa clinique de la dégénérescence en question (1), qu'il appelait kyste laiteux ou butyreux du sein. Plus tard, M. Velpeau a recueilli un fait que je transcrirai ici, vu son importance pratique et théorique (2) : « Une femme d'environ quarante ans, de petite stature, se portant assez bien d'ailleurs, ayant nourri plusieurs enfants, se fit admettre à l'hôpital de la Charité au mois de décembre 1837. Cette femme, qui habite la campagne, présentait au sein droit une tumeur du volume des deux poings, à bosselures très saillantes, indolentes, dures, d'une consistance qui tenait le milieu entre celle des tumeurs fibreuses et celle des tumeurs encéphaloïdes non ramollies, mobile, sans rougeur, mais avec amincissement de la peau; son origine ne remontait pas à plus de huit mois, elle était survenue à la suite d'une lactation et d'un léger engorgement du sein : ne trouvant là les caractères ni du squirrhe, ni du tissu cérébriforme, ni des kystes, ni des dégénérescences ou productions connues, je présumai que du lait concrété ou endurci pouvait en avoir été le point de départ. Après l'extirpation, nous vîmes que toute la masse, ayant des lames de tissu fibro-cellulaire entrecroisées de globules glandulaires aplaties et dénaturées pour trame,

(1) *Journal hebdomadaire*, 1829.

(2) *Dictionnaire en 21 volumes*, article MAMELLES, nouvelle édition.

Digitized by Google

était essentiellement constituée par une matière concrétée, d'un jaune homogène, ferme, ayant absolument l'aspect de fromage ou de beurre en grande partie desséché. Frappé de cet aspect, je priai M. Donné d'examiner la composition moléculaire de la tumeur; voici quel fut le résultat de son examen :

« La matière qui m'a été remise par M. Velpeau, dit M. Donné, se présente sous l'aspect d'une espèce de caséum coagulé. En exprimant, en soumettant cette matière au microscope, on y trouve une multitude de globules analogues à ceux du lait, solubles comme eux dans l'éther et l'alcool, et insolubles dans l'ammoniaque; ils sont entremêlés de globules muqueux et des corpuscules granuleux caractéristiques du colostrum; la glande elle-même, exprimée, fournit des globules semblables. L'eau agitée avec cette matière devient blanche comme du lait, et contient les mêmes globules. » Je dois ajouter, dit M. Velpeau, que cette tumeur, qui s'est reproduite après l'extirpation, qui s'est largement ulcérée, m'a permis d'en extraire, sans causer la moindre souffrance, de larges fragments, qui, examinés de nouveau par M. Donné, ont offert à cet habile observateur non seulement les globules et corpuscules granuleux, mais encore le caséum et tous les autres éléments du lait; il suffit d'ailleurs d'avoir eu sous les yeux un fragment de la tumeur dont je parle, pour être convaincu qu'elle était réellement formée par du lait depuis longtemps coagulé. »

Le lait, comme le sang retenu ou répandu dans le sein, peut donner lieu à des inflammations, des abcès, des kystes, comme l'ont prouvé M. Jobert (*Annal. de chir.*, 1845), et M. Forget de Paris (*Bulletin thérapeutique*, même année); il peut former des tumeurs solides, selon qu'il irritera plus ou moins les tissus, que le caséum sera absorbé ou le sérum. Qui sait si le lait passant dans la circulation ne pourrait pas être déposé plus ou moins loin de la mamelle pour y former des tumeurs butyreuses ou caséeuses? Ce qui le ferait penser, c'est que, dans le fait emprunté à M. Velpeau, il est question de tumeurs développées secondairement du côté de l'aisselle, au-dessous de la clavicule, tumeurs semblables à celles du sein. Dans l'*Expérience*, t. I, p. 614, et t. II, p. 224, il est des faits qui appuieraient cette opinion. En effet, l'observation de M. Velpeau prouve que les tumeurs butyreuses peuvent se reproduire et marcher absolument comme les encéphaloïdes. Cependant M. Velpeau a classé cette tumeur parmi celles qui passent pour bénignes.

Digitized by Google

Les fondants et autres topiques, les dérivatifs et dépuratifs ont peu d'action sur de pareilles tumeurs ; il faut nécessairement les enlever. La matière butyreuse peut être contenue dans un kyste ou répandue dans la mamelle d'une manière diffuse. Dans le premier cas, l'ablation est plus facile et moins grave. Le mal étant naturellement limité, on n'a qu'à dépasser ses limites pour l'enlever en entier ; dans le second cas, au contraire, les limites étant mal posées, on doit toujours craindre de ne pas les dépasser, ce qui nécessitera souvent l'ablation entière du sein.

V. DÉGÉNÉRESCENCE TUBERCULEUSE.

Cette dégénérescence est rare à la mamelle. Les tumeurs tuberculeuses ou scrofuleuses sont surtout fréquentes là où abondent les ganglions lymphatiques ; or, le sein est dépourvu de ces ganglions.

La matière tuberculeuse est déposée de différentes manières ; elle est rarement infiltrée, elle forme quelquefois des traînées qui semblent suivre les rayons qui partiraient du centre de la mamelle, surtout ceux qui vont vers l'aisselle. Elle est quelquefois agglomérée sous forme d'une véritable tumeur. Il est rare que la dégénérescence tuberculeuse soit seule : elle est presque toujours combinée avec une des formes du cancer et avec la dégénérescence fibreuse. Cependant M. Gerdy, en 1838, a extirpé des tumeurs absolument tuberculeuses. Les tubercules, au nombre de six, formaient une masse mamelonnée proéminente sous la peau. Ces tubercules, qui n'étaient entourés par aucune lésion autre, étaient en tout semblables à ceux qu'on trouve si souvent dans le cerveau des enfants. Ils avaient la densité et la couleur d'un marron cuit.

Quand les tubercules forment des tumeurs, elles sont ordinairement multiples, et on voit leur répétition ailleurs, par exemple au cou, à l'aisselle ; il y a, de plus, altération plus ou moins profonde de toute l'économie, ce qui est dû probablement à l'existence, dans les poumons, de tubercules, car on sait qu'il y en a presque toujours dans ces parenchymes quand on en constate ailleurs. Cette dernière forme de l'affection tuberculeuse sera donc plus facile à reconnaître. Il n'en sera pas de même de l'infiltration et des traînées de matière tuberculeuse selon les rayons du sein.

Dans tous les cas, on conçoit qu'il sera difficile, sinon impossible, de provoquer par les topiques ou la médication indirecte la disparition de la matière tuberculeuse contenue dans le sein. Il faut

Digitized by Google

donc encore ici une opération. Or, quelle que soit la disposition de cette matière tuberculeuse dans le sein, l'extirpation est grave et offre peu de chances de succès. Si elle est infiltrée, si elle est répandue sous forme de traînée, pour peu que sa quantité soit considérable, l'ablation de tout le sein est exigée. Si les tubercules forment des tumeurs circonscrites, elles sont, comme je l'ai dit, multiples, répétées dans d'autres régions ; il y en a même dans les poumons. Quel sens, quelle chance de succès aurait, dans une pareille circonstance, une opération qui consisterait à enlever une ou deux tumeurs du sein? Selon moi, les tumeurs dites scrofuleuses qui ont été enlevées avec succès étaient des tumeurs formées par des abcès très anciens; la partie la plus liquide du pus a été résorbée, la partie solide est restée : elle est de consistance caséeuse et ressemble assez bien à la matière tuberculeuse. C'est probablement cette erreur qui a fait considérer les tumeurs tuberculeuses du sein comme peu graves, et ce qui leur a valu d'être placées parmi celles qu'on appelle *bénignes*.

VI. DÉGÉNÉRESCENCES CARTILAGINEUSE ET OSSEUSE.

La dégénérescence cartilagineuse est très rare dans le sein; A. Cooper en rapporte une seule observation. On fit l'extirpation de la tumeur quatorze ans après son apparition ; elle était le siége d'une vive douleur qui s'exaspérait encore pendant les menstrues. La peau qui recouvrait cette tumeur était le siége d'une chaleur très incommode, au point que la malade était obligée d'appliquer à tout instant des compresses réfrigérantes sur la tumeur. L'examen de la tumeur montra qu'elle était constituée en très grande partie par un cartilage absolument semblable à celui qui précède l'ossification. Déjà même des points osseux apparaissaient çà et là.

Le vrai tissu osseux ne se produit que très exceptionnellement dans le sein; mais il se dépose moins rarement dans les mailles de cet organe, d'une manière confuse, une substance crétacée, comme celle qu'on observe dans les parois des artères des vieillards. En parlant des kystes, j'ai déjà signalé ce fait pathologique. J'ai dit qu'il y avait de ces poches qui s'endurcissaient, se pénétraient d'un sel calcaire; c'est ce qui arrive aussi aux parois de quelques hydrocèles. Les abcès très anciens, les tumeurs tuberculeuses peuvent aussi revêtir la consistance osseuse; c'est même là un mode de guérison : la matière tuberculeuse se comporterait ici comme dans

Digitized by Google

les poumons; car ce qu'on appelle calcul des poumons n'est que le tubercule dont le développement est arrêté, et qui s'est pour ainsi dire pétrifié.

Les tumeurs du sein dites osseuses sont essentiellement bénignes. On les enlève très facilement, et il n'y a pas de recrudescence. Quand il en est autrement, c'est qu'avec la production osseuse existe une vraie dégénérescence maligne. On voit, en effet, dans certains cancers, des traînées osseuses sous forme d'aiguilles. Quand on tente de les enlever, la personne opérée court toutes les chances de celle à laquelle on extirpe un cancer.

VII. CANCERS.

C'est surtout cette dégénérescence qui forme les tumeurs appelées malignes. Le cancer se présente au sein sous deux formes principales, le *squirrhe* et l'*encéphaloïde* (1).

Le *squirrhe* est cette production particulière qui a l'aspect, la consistance du lard, production que j'ai décrite avec soin (tome I, p. 483). Le squirrhe du sein, comme tous les squirrhes, n'a jamais un volume très considérable; quelquefois même le sein est racorni et moins volumineux : il est d'une dureté remarquable. Quand il se ramollit, il est réduit en une espèce de gelée sans aucune trace d'organisation. Il se confond, se cimente avec les téguments, à mesure qu'il fait des progrès; enfin il s'ulcère : cette ulcération peut être très lente dans ses progrès : elle saigne rarement et peu; elle est inégale, dure, et a une certaine sécheresse. Le squirrhe survient ordinairement à l'âge adulte.

L'*encéphaloïde* ou fongus hématode des Anglais, a été décrit tome I, page 486 et suivantes. Les tumeurs encéphaloïdes du sein sont beaucoup plus volumineuses que les squirrhes de cet organe; la masse est composée de lobules lisses, élastiques et offrant une fausse fluctuation qui a trompé plus d'un chirurgien. Le sein, après le testicule, est l'organe le plus souvent affecté du cancer encéphaloïde. Il fait moins souffrir que le squirrhe; les douleurs lancinantes sont moins marquées, mais ce cancer est plus facilement suivi de récidive après l'opération, et le plus souvent il est répété dans un ou plusieurs viscères. Les ganglions de l'aisselle sont plus souvent engorgés ou cancéreux. Le pronostic de l'encéphaloïde est donc plus

(1) Voy. Lebert, *Physiologie pathologique*, Paris, 1845, t. II, p. 293 et suiv.

Digitized by Google

grave que celui du squirrhe. L'extirpation du squirrhe a pu être tentée avec quelques chances de succès, car il est en général unique; tandis qu'en extirpant un sein encéphaloïde, on n'a jamais la certitude que la même affection n'occupe pas un viscère, mais on a celle de la récidive. M. Velpeau se flatte cependant d'avoir enlevé des seins encéphaloïdes chez des femmes qui vivent encore, et ces opérations datent de dix, six, quatre ou deux ans.

La matière du squirrhe et de l'encéphaloïde n'est pas toujours déposée de la même manière dans le sein. Elle y est quelquefois comme infiltrée dans les interstices des divers tissus qui composent la mamelle, ou bien ce sont ces mêmes tissus qui semblent changer de nature; ils dégénèrent. Dans ces deux cas, il n'y a pas réellement tumeur : le sein change de volume; le plus souvent, ce volume est plus considérable (engorgement hypertrophique de M. Récamier); il arrive aussi qu'il l'est moins (engorgement atrophique du même auteur); sa forme est plus ou moins conservée. Ces deux cancers sont d'ailleurs mal limités, ils ne sont pas enkystés, ce qui est une circonstance défavorable pour l'opération. On voit quelquefois les cloisons, les rayons fibro-celluleux du squirrhe se prolonger, dépasser le sein, aller du côté de l'aisselle pour former les premières jetées du squirrhe, qui bientôt s'étendra jusque là. Ces traînées, ces rayons sont-ils de nouvelle formation? ou est-ce le tissu cellulaire fibreux ou un autre élément qui entre dans la composition du sein qui s'est modifié et a pris cette consistance, cet aspect? La réponse à cette question n'a pas encore été faite d'une manière satisfaisante. Il y a des faits qui semblent rendre plus admissible la deuxième hypothèse. Ainsi, on a vu les conduits galactophores subir la dégénérescence squirrheuse et former les premiers rudiments de cette espèce de cancer. C'est alors surtout que le mamelon rentre et semble s'enfoncer dans le sein.

On voit parfois le squirrhe prendre une dureté considérable. Il semble alors que quelques uns des éléments du sein ont pris la consistance du bois ou du fibro-cartilage; c'est la *transformation ligneuse*. M. Velpeau prouve qu'elle revêt deux formes; elle est sous forme de *plaques*, ou bien elle apparaît par *masses*. Les *plaques* ont surtout pour siége la peau; elles sont plus ou moins nombreuses, elles peuvent même envahir tous les téguments et donner au sein l'immobilité et presque la dureté d'un sein de marbre. Les *masses* semblent des ganglions, mais très durs, ou bien de ces tumeurs

Digitized by Google

appelées *névromes*, décrites dans le premier volume sous le nom de *dégénérescence du tissu cellulaire.*

Enfin la matière cancéreuse s'accumule sur un point plus ou moins étendu du sein, et forme réellement une tumeur, laquelle est avec ou sans kyste, laquelle est plus ou moins profonde. Elle est sur la mamelle ou autour de la mamelle. L'existence d'un kyste, la position superficielle, la mobilité, sont des circonstances qui marchent ordinairement ensemble; elles sont ou ne peut plus favorables, et rendent le pronostic bien moins grave. Ici, l'opération est facile (car la limitation de la tumeur est faite d'avance), et la récidive est bien moins à craindre. C'est avec ces espèces de squirrhe qu'on confond souvent les *tumeurs mammaires chroniques* (A. Cooper).

Diagnostic. Le diagnostic du cancer du sein se base sur les données que j'ai fournies quand il a été question du cancer en général (tome I). Cependant je dois encore examiner, apprécier quelques symptômes, quelques circonstances qui, ici, prennent une importance plus grande; ainsi 1° les douleurs lancinantes, 2° l'engorgement des ganglions axillaires, 3° la fréquence du cancer du sein, 4° la récidive, 5° l'hérédité.

1° Les douleurs dites caractéristiques du cancer, les douleurs lancinantes n'existent pas dans tous les cancers, et il existe des tumeurs non cancéreuses qui cependant sont le siége de ces douleurs. Mais ces exceptions, extrêmement rares, ne détruisent en rien la règle. Donc toute tumeur du sein à diagnostic obscur, et qui est le siége de douleurs lancinantes, doit être fortement soupçonnée d'avoir des rapports intimes avec le cancer.

2° L'engorgement des ganglions axillaires est encore un des phénomènes les plus constants du cancer, surtout arrivé à sa dernière période. Cependant d'autres tumeurs du sein, comme les kystes, les abcès chroniques, les tubercules, même les hypertrophies, ces diverses tumeurs ont aussi coïncidé avec des engorgements ganglionnaires. Seulement l'aisselle se prend quand le diagnostic de ces tumeurs non cancéreuses n'est pas obscur. Ainsi, s'il y a absence de toute lésion du côté du membre supérieur et du côté du thorax qui puisse expliquer l'engorgement ganglionnaire, et s'il existe cependant une tumeur d'une nature douteuse au sein, on devra fortement soupçonner le cancer.

3° De toutes les tumeurs chroniques du sein, c'est la tumeur cancéreuse qui est la plus fréquente. Ce qui doit faire soupçonner

Digitized by Google

l'existence d'un cancer quand les caractères d'une tumeur sont équivoques. Une autre considération devra encore conduire à la pensée d'un cancer : c'est la multiplicité des tumeurs. S'il existe au sein une tumeur dont le diagnostic offre de l'incertitude, et si, en même temps, on constate sur un autre point du corps l'existence d'un cancer, le diagnostic de la tumeur du sein est singulièrement éclairé.

4° Quand la récidive a lieu sur le sein opposé au côté qui a été opéré, il y a de grandes raisons de penser qu'il s'agit d'un cancer. Si une tumeur se reproduit sur le côté opéré, on doit aussi penser qu'il s'agit d'un cancer : cependant à la rigueur l'opérateur peut avoir commis une faute en laissant une portion, une parcelle, un germe de l'ancienne tumeur qui en a fait pousser une autre.

5° La circonstance d'une affection cancéreuse, chez les ascendants directs de la malade, est une des plus fortes présomptions en faveur de l'existence du vice cancéreux quand il existe une tumeur douteuse au sein.

Je dois maintenant revenir sur quelques tumeurs chroniques qui peuvent être confondues avec les tumeurs cancéreuses, en m'aidant de la thèse de concours de M. Bérard

1° A l'époque des règles, on trouve quelquefois une mamelle un peu plus volumineuse et plus sensible que l'autre ; si la menstruation subit quelque dérangement, l'engorgement s'accroît et il s'y joint une ou plusieurs indurations. La palpation, d'autres explorations intempestives développent certains engorgements. On a imprimé que les femmes de Besançon, alarmées par un opérateur ambulant, finirent presque toutes par découvrir dans leur sein des duretés que leurs attouchements réitérés y avaient fait naître. Il est des femmes goutteuses et rhumatisantes qui ont parfois dans le sein des tumeurs qui disparaissent lorsque les articulations deviennent douloureuses ; alors le diagnostic est en général facile.

2° La *tumeur irritable* déjà décrite pourrait, à cause des douleurs dont elle est le siége, être confondue avec le squirrhe. Mais l'âge des malades, leur constitution, le point de la mamelle où se développent ordinairement ces tumeurs, la possibilité de l'état multiple, surtout leur état stationnaire pendant plusieurs années, si on trouve réunies ces circonstances sur le même sujet, on peut arriver à un diagnostic certain dans le plus grand nombre des cas.

3° J'ai dit déjà que la *tumeur mammaire chronique* apparaissait

Digitized by Google

chez des femmes jeunes encore, qu'elle était très mobile tant du côté de la peau que du côté de la glande mammaire au-devant de laquelle elle est située. Sa dureté est moindre que celle du squirrhe; elle est lobulée. Ce caractère persiste pendant toute la durée de la tumeur mammaire. Elle peut rester un grand nombre d'années sans faire de progrès; on la voit même diminuer de volume et disparaître entièrement.

4° Dans les antécédents des kystes, on trouve que, quelques mois avant l'apparition de la tumeur, la malade a reçu un coup au sein; et cette tumeur ne s'est pas développée immédiatement après ce coup. Ces présomptions sont faibles, le même commémoratif pouvant s'appliquer au squirrhe. De sorte qu'ici, à ce diagnostic rationnel il faut joindre le signe physique par excellence, la fluctuation, lequel malheureusement ne peut être obtenu que fort tard.

5° Les tubercules, les tumeurs cartilagineuses, osseuses, sont extrêmement rares; je ne dois que les noter ici.

6° M. Bérard expose ainsi la partie du diagnostic qui a trait aux *tumeurs séniles*. La mamelle présente une dureté, des inégalités qui pourraient en imposer pour un cancer, si on n'explorait qu'un seul sein; mais si on compare l'un à l'autre, on reconnaît la nature de la tumeur. En effet, il est inouï que la forme du squirrhe, avec lequel on pourrait confondre l'endurcissement sénile, ait envahi simultanément et au même degré les deux seins. La difficulté serait réelle et elle serait très difficile à lever, si, par un vice de conformation, ou par une opération antérieure, il y avait absence d'un sein; mais même alors il y a encore des moyens de diagnostic. C'est ainsi que, dans le cancer, les inégalités et bosselures de la tumeur ne forment qu'une seule masse. L'induration chronique présente chaque lobe endurci de la glande distincte. On peut le mobiliser, indépendamment des lobules qui l'entourent. Continuons cette partie du diagnostic d'après les termes mêmes de la thèse de M. Bérard.

7° L'engorgement chronique peut donner aussi le change. Lorsque cet engorgement a été précédé des symptômes d'une inflammation aiguë, d'un abcès et d'une suppuration prolongée, il est facile d'en soupçonner la nature, et le commémoratif présente ici une grande importance; mais lorsque le travail s'est accompli sous l'influence d'une inflammation chronique, il n'est plus possible de le distinguer du squirrhe. Ce sont des maladies de ce genre, traitées et guéries par les antiphlogistiques, les fondants, la compression, qui

Digitized by Google

engorgée aura été rendue un peu plus souple, aura été plus ou moins affaissée.

De nos jours, la *compression* a été employée et prônée par un praticien d'une grande réputation, auquel je dois opposer une autorité. Je choisis donc le praticien qui a le plus répandu, le plus employé la *compression* comme moyen thérapeutique dans presque toutes les maladies chirurgicales : voici ce que dit M. Velpeau dans l'article déjà cité (1) :

« Une ressource que, pour mon compte, j'eusse été très disposé à mettre en usage, c'est la compression, vantée autrefois par Young (*New mode of pression, etc.* Lond., 1818), et blâmée en 1809 par M. Ch. Bell, au nom des chirurgiens de l'hôpital de Middlesex. La compression, comme remède des tumeurs cancéreuses du sein, était complétement oubliée en France, lorsque M. Récamier (*Recherches sur le traitement du cancer*, etc. Paris, 1829) a tenté de la remettre en vogue il y a quelques années. Les expériences auxquelles je me suis livré, les observations assez nombreuses que j'ai recueillies, d'accord avec les données théoriques sur ce sujet, m'ont pleinement convaincu qu'elle est plutôt nuisible qu'utile dans les tumeurs positivement cancéreuses, avantageuse dans les cas d'hypertrophie simple, pouvant dissiper aussi quelques kystes, quelques dégénérescences phlegmasiques, quelques tumeurs fibrineuses, tuberculeuses ou laiteuses; elle n'a aucune puissance contre les dégénérescences ligneuses ou fibro-squirrheuses, contre les tumeurs de mauvaise nature. En général, aucune des nombreuses observations rapportées par M. Récamier dans son livre n'est assez concluante pour infirmer cette proposition, pour altérer en rien la doctrine professée par Bayle, et que M. Cayol vient encore de discuter longuement (*Clin. méd.*, p. 331. Paris, 1833). L'erreur vient sans doute ici, d'abord de ce qu'on a confondu avec les *squirrhes* et les *encéphaloïdes*, etc., des tumeurs de toute autre nature; ensuite de ce que la compression, aplatissant, diminuant en effet les tumeurs du sein, aura plus d'une fois permis de les réduire à un volume peu considérable, et le dégorgement des tissus voisins a fait croire à une guérison réelle. Au total donc, les excisions sanguines, soit générales, soit locales, les topiques émollients ou résolutifs, le régime le plus affaiblissant possible et les médicaments internes de toute sorte, seuls ou associés à

(1) Article MAMELLE, du *Dictionnaire en 21 vol.*, nouv. édit.

Digitized by Google

la compression, sont complétement incapables de guérir les tumeurs cancéreuses du sein. Il importe même d'ajouter qu'alors ces moyens nuisent véritablement, en ce que, altérant plus ou moins la santé générale, ils donnent plus de prise au mal sur la constitution de l'individu. » Ceci est exagéré.

La disparition complète des tumeurs malignes est donc impossible, et celle des tumeurs bénignes ne s'opère pas toujours, quelle que soit l'habileté avec laquelle on les traite. Mais pour ces dernières, c'est-à-dire pour les tumeurs bénignes, restent des recours qui réussissent souvent, savoir : la *destruction*, l'*ablation ;* tandis que, pour le vrai cancer, un succès complet, c'est-à-dire une guérison sans récidive, est une bien rare exception : aussi s'est-on demandé si on devait opérer quand le cancer est réellement constaté. Je vais revenir sur cette question.

Opérations motivées par les maladies des mamelles.

L'importance et la gravité de ces opérations est en rapport avec le pronostic des maladies du sein que je viens d'étudier. A ce point de vue, je les ai divisées en deux principales catégories : 1° les tumeurs humorales ; 2° les tumeurs non humorales ou solides.

1° Dans la première catégorie se trouvent les abcès et les kystes. Je ne décrirai pas ici la médecine opératoire des abcès ; elle est tout élémentaire et exposée avec détail dans le premier volume ; de plus, quand il a été question des suppurations du sein, je suis revenu sur quelques particularités relatives aux organes sur lesquels on avait à opérer. Quant aux kystes, on les traitera, comme toutes les cavités closes, par la ponction, l'incision, l'injection plus ou moins irritante, enfin, par les moyens que je décrirai avec détail quand il s'agira de l'hydrocèle : seulement, ici, le kyste peut avoir des parois tellement épaisses, tellement difficiles à réunir et à effacer, qu'on se trouve quelquefois dans la nécessité de procéder à l'extirpation de la tumeur ; quelquefois même l'extirpation du sein peut être indiquée ; c'est quand le kyste est dans la glande elle-même et que cet organe a été fortement compromis.

2° La seconde catégorie renferme les tumeurs non humorales, les tumeurs solides, du moins dans leurs premières périodes. Ces tumeurs sont divisées en deux classes : ce sont des tumeurs bénignes ou malignes ; bénignes, quand elles ne sont formées que par

Digitized by Google

une hypertrophie, un engorgement chronique ou la reproduction d'un tissu qui a des analogues dans l'économie : ainsi ce qu'on a appelé la *tumeur mammaire chronique*, les tumeurs cartilagineuses osseuses. Ces tumeurs préoccupent souvent beaucoup les malades ; elles peuvent être le siége de quelques douleurs; par un développement considérable, elles peuvent gêner ou irriter comme corps étranger, mais elles n'infectent pas l'économie comme les tumeurs malignes, lesquelles sont composées d'un tissu sans analogue et agissant sur toute l'économie par ce qu'on appelle la diathèse à laquelle elles sont intimement liées. De sorte que les tumeurs bénignes pourraient être complétement négligées par la médecine opératoire; quand d'ailleurs celle-ci est appelée à agir sur elle, quand enfin l'extirpation est indiquée, les résultats sont toujours plus satisfaisants : 1° parce que souvent le sein peut être épargné, l'opération est alors moins grave; 2° parce que, la maladie n'ayant pas des ramifications en dehors de la région, on n'est jamais obligé d'en sortir et, par exemple, d'étendre les incisions jusqu'à l'aisselle ou d'en pratiquer après coup dans cette région ; 3° parce que, la constitution étant généralement en bon état, la femme d'un âge peu avancé et sous aucune diathèse, les accidents primitifs et consécutifs, surtout la récidive, sont moins à craindre.

Les opérations qu'on pratique principalement pour les tumeurs malignes sont la cautérisation ou l'extirpation, laquelle consiste le plus souvent en l'ablation complète du sein. Ces opérations étant des plus graves, je dois revenir encore à la pathologie des tumeurs du sein, pour y puiser ce qu'on appelle dans les écoles les indications et les contre-indications, c'est-à-dire des préceptes qui puissent diriger les déterminations du jeune praticien dans une occurrence si grave.

Indications et contre-indications de l'opération du cancer de la mamelle. L'âge peu avancé de la malade, la régularité de la fonction menstruelle, l'origine du cancer pouvant être rapportée à une cause externe, l'absence, dans l'histoire des causes, de parents cancéreux, le peu d'ancienneté de la maladie, le volume modéré de la tumeur, l'absence d'un développement morbide des ganglions de l'aisselle : voilà des circonstances qui sont favorables au succès de l'opération, et qui peuvent être considérées comme des indications. Les circonstances opposées peuvent donc être considérées comme des contre-indications. Cependant on irait trop loin si on les considérait d'une manière absolue; ce serait donc s'exposer à de nombreux mécomptes

Digitized by Google

si on croyait que les premières conditions assurent toujours le succès, tandis que l'insuccès est inévitable quand on opère un cancer sur un sujet qui présente les contre-indications indiquées. Il faut donc entrer ici dans des détails et envisager la question tout-à-fait au point de vue pratique. Je vais par conséquent examiner ce qui a trait à l'ancienneté de la tumeur, à son volume et à l'approche de l'âge critique; puis j'apprécierai la complication de l'engorgement des ganglions axillaires, l'ulcération, la multiplicité des tumeurs cancéreuses, les adhérences, la récidive; enfin, je vais discuter les principales contre-indications.

Une femme qui a une tumeur ancienne et volumineuse au sein, si elle touche à l'âge critique ou si elle éprouve quelque dérangement dans l'écoulement des règles, cette femme ne devrait pas être opérée, surtout quand la tumeur a envahi toute la mamelle, quand il y a ulcération et engorgement des ganglions axillaires. Mais prises à part, isolées, ces diverses circonstances ne contre-indiquent pas l'opération d'une manière absolue, pas plus que la mamelle aplatie et d'une consistance pierreuse, pas plus que le mamelon rentré, pas plus que l'antécédent de parents cancéreux, circonstances qui, selon Boyer et ses élèves, ne permettent de concevoir aucune espérance. Quant à l'engorgement des ganglions axillaires, cette circonstance ne doit être un véritable obstacle qu'autant que ces ganglions seraient en très grand nombre, très volumineux, situés à une telle profondeur qu'il deviendrait impossible de les emporter tous sans exposer la malade à la lésion de gros vaisseaux, ce qui suppose que quelques ganglions se perdraient derrière la clavicule. Cette difficulté même est levée par quelques opérateurs qui considèrent souvent cet engorgement comme produit par une inflammation chronique et non par une dégénérescence cancéreuse. Ils laissent alors ces ganglions, et espèrent que, seulement produits par l'irritation, ces engorgements pourront se résoudre après l'opération.

Pour ce qui est de l'ulcération du cancer, déjà Lecat avait démontré par un fait remarquable que cette circonstance n'était point un obstacle insurmontable à la guérison. Le cancer opéré s'était propagé jusqu'aux côtes; la plaie mit quatre-vingts jours à se cicatriser. La publication de ce fait eut lieu cinq mois après la guérison complète de la plaie. Des faits de cette nature se sont reproduits depuis.

La pluralité des tumeurs est encore une très forte contre-indica-

Digitized by Google

celle de Zing (1). On s'en servirait si la malade avait un éloignement invincible pour le bistouri; si le cancer est sous la forme d'une plaque qui nécessite une destruction de la peau aussi étendue que celle des tissus sous-jacents; quand le cancer est ulcéré et que l'ulcération est aussi large que la couche indurée qui l'a fournie; si, après l'opération, restent quelques points indurés, où s'élèvent des végétations fongueuses. Dans tous ces cas, selon l'épaisseur du caustique, en se servant, par exemple, de la pâte de Vienne ou de celle de Zing, on peut en très peu de temps aller jusqu'aux profondeurs que le bistouri aurait atteintes, et quelquefois on a l'avantage de voir plus tôt cicatriser la perte de substance opérée par le caustique. Mais il y a loin de ces applications du caustique, lesquelles peuvent être approuvées quand le bistouri ne peut plus rien, à ces applications de la pâte de Zing, par exemple, qui consistent à cerner un sein contenant un très volumineux cancer, à cerner le tout pour opérer par ulcération, par mortification, une vraie amputation de la mamelle. Le plus remarquable, c'est qu'une pareille brûlure à cette profondeur, et dont la durée doit être si considérable, un pareil supplice est offert aux malheureuses femmes affectées de cancer, comme un moyen plus doux, moins douloureux, moins dangereux, et exposant moins aux récidives! J'ai connu une pauvre dame qui, sous les douleurs des premiers effets du caustique ainsi appliqué, me fit appeler pour que j'eusse à lui amputer immédiatement le sein, afin de la délivrer par le fer des douleurs atroces causées par le caustique.

II. EXTIRPATION DES TUMEURS DES MAMELLES (2).

Dupuytren faisait souvent asseoir la malade, ce qui est très fatigant pour celle-ci et pour l'opérateur. Mais Dupuytren était surtout professeur de clinique, et fort désireux d'augmenter le nombre des élèves qui pouvaient le voir opérer. La position horizontale

(1) Voyez dans les prolégomènes du premier volume la composition et le mode d'application de ces caustiques.

(2) A la rigueur, je pourrais renvoyer le lecteur aux prolégomènes de mon ouvrage, où se trouve l'exposition des règles à suivre pour l'extirpation des tumeurs. Mais comme celles du sein sont fréquentes, qu'elles nécessitent quelques modifications, je dois exposer ici le procédé d'extirpation en peu de mots qui cependant ne dispenseront pas de la lecture des règles générales posées au premier volume.

Digitized by Google

vaut mieux. Le bras du côté malade est relevé, la peau est tendue par la main gauche du chirurgien, souvent aidée de celles d'un confrère.

Autant que possible, on ne fera qu'une incision selon le plus grand diamètre de la tumeur. Dans le plus grand nombre des cas, elle sera oblique selon la direction du bord inférieur du grand pectoral; de cette manière, l'une de ses extrémités regardera l'aisselle, et on pourra la prolonger dans cette région; s'il y a des ganglions à extirper non loin de la tumeur, s'ils sont trop éloignés, on fera une incision à part pour eux. Si la tumeur est très volumineuse, si surtout la peau est altérée, l'incision simple est insuffisante; on circonscrira la peau malade ou exubérante par deux incisions semi-elliptiques qui se regarderont par leur concavité; l'inférieure sera pratiquée la première; la peau ainsi sera donc extirpée avec la tumeur. Les deux incisions commenceront du côté de l'aisselle.

Une fois les premières incisions faites, la tumeur est accrochée avec des érignes tenues par des aides ou l'opérateur, si elle est peu volumineuse; sinon, celui-ci l'empoigne avec la main gauche, et à grands coups de bistouri portés d'abord de bas en haut, puis de haut en bas, il déracine promptement le mal. Le tranchant doit être dirigé vers les tissus sains, dont il faut toujours emporter une bonne zone.

Si la tumeur est bien enkystée, les doigts, le manche d'un scalpel, peuvent servir à la détacher; une fois la tumeur sortie de sa poche, tout est terminé. Il n'en est pas de même quand les limites du mal ne sont pas bien posées; alors, après l'ablation de la tumeur, l'index explorera les tissus dans tous les sens; partout où des duretés se feront sentir, on devra porter le fer; on ne craindra pas d'attaquer le grand pectoral : si, après en avoir excisé une partie, on constatait une altération des côtes, avec la rugine ou la scie à chaîne, on devrait poursuivre le mal qui frappe le squelette. Par l'opération pratiquée par Richerand, qui découvrit le cœur, on voit jusqu'où l'opérateur peut aller, quand il est pourvu d'une certaine audace. Si d'avance on pouvait prévoir des lésions si étendues, si profondes, mieux vaudrait s'abstenir.

Règle générale : quand une tumeur envahit la glande mammaire, quand une partie du sein participe à une dégénérescence cancéreuse, toute la glande doit être extirpée.

Cette opération est une de celles qu'on peut et qu'on doit exécuter

Digitized by Google

rapidement. A mesure que des vaisseaux artériels donnent, un aide les comprimera avec un doigt, et l'opération ne sera pas interrompue pour cela. A la fin, on lie tous les vaisseaux qui donnent. La réunion immédiate doit être tentée après l'ablation du sein. On peut l'opérer par les bandelettes agglutinatives. Cependant il est des praticiens qui préfèrent la suture, et on peut lire un travail de M. A. Colson (1), qui plaide fortement en faveur de ce moyen. Mais pour la réunion immédiate, il faut que la quantité de peau soit suffisante, afin qu'on ne soit pas obligé de la tirailler. S'il en manquait, on pourrait se servir des moyens autoplastiques pour combler la brèche. Le plus simple serait d'employer la méthode française, celle de France, laquelle a été souvent mise en pratique avec avantage par M. Lisfranc; elle consiste à disséquer la peau saine dans une assez grande étendue pour la mobiliser et favoriser ainsi le rapprochement, l'adhésion des bords de la plaie. M. Martinet (de la Creuse) a proposé d'employer ici la méthode indienne. On peut voir, dans la thèse de M. Blandin sur l'autoplastie, des observations favorables à cette méthode. Il y a surtout une de ces observations qui prouve qu'après la récidive du cancer, la perte de substance fut comblée par un *lambeau* bien nourri pris sur le *côté de la poitrine*. Trois ans après, la malade se portait parfaitement, et la seconde récidive n'avait pas eu lieu. Mais je dois dire ici que je connais plusieurs observations qui ne parlent pas aussi favorablement en faveur de l'autoplastie comme moyen de pansement; entre autres un cancer de la peau du genou, et un cas d'extirpation d'une tumeur de la face.

SECTION VINGT-CINQUIÈME.

MALADIES DES MAMELLES CHEZ L'HOMME ET CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

Les fonctions des mamelles chez les femmes les obligent à des mouvements organiques, des modifications dans sa structure, qui sont l'origine de beaucoup de maladies. Chez l'homme, la mamelle est rudimentaire et n'a pas de fonction spéciale. Elle n'est donc pas plus souvent malade, elle est même moins souvent malade que les autres organes.

(1) *Annales de la chirurgie*, Paris, 1845, t. XIII, pag. 39 et suiv.

Digitized by Google

L'*hypertrophie* est très rare ; elle porte ordinairement sur le tissu cellulaire graisseux.

Les *abcès* sous-mammaires et de l'aréole sont plus fréquents à l'âge de puberté. Ils sont ordinairement très bornés, parce que le tissu dans lequel ils se forment n'est pas lâche. Il se fait des engorgements du sein chez l'homme. Il y en a un qui survient aux deux sexes dans les premiers temps de la vie. Le *nouveau-né* présente en effet un engorgement laiteux comme celui des nourrices ou des femmes enceintes. En pressant ses petites mamelles, il en suinte du lait (M. Donné l'a prouvé par le microscope et l'analyse chimique). Cet engorgement disparaît quelquefois spontanément et avec rapidité; quelquefois aussi il donne lieu à un abcès. La médication doit être analogue à celle conseillée pour le *poil* chez les femmes, en ayant égard, bien entendu, à l'âge tendre du sujet. Quelques liniments suffisent ordinairement pour faire disparaître cet engorgement, qui d'ailleurs a une grande tendance à se dissiper spontanément.

Il vient ordinairement, vers l'âge de dix à quinze ans, une induration des mamelles qui peut être aiguë ou chronique ; dans le premier cas, elle présente tous les caractères d'un phlegmon commençant, et doit être traitée comme celui-ci; dans le second cas, rien n'annonce un travail inflammatoire. Il faut comprimer la mamelle avec une certaine force pour développer une douleur. Elle est dure, inégale, épaissie, mobile; c'est ce qui fait confondre cette affection avec un squirrhe. Les fondants les font disparaître bientôt, et on se vante d'avoir guéri un cancer. J'ai vu souvent, dans les salles de mon service des vénériens, des jeunes gens blonds, maigres, offrir des engorgements de la glande mammaire qui étaient longtemps à se dissiper, et contre lesquels le traitement mercuriel n'avait aucune influence.

Le cancer de la mamelle, chez l'homme, se développe sous la forme du squirrhe ; il est moins souvent répété dans les viscères que celui de la femme. Les opérations qu'il nécessite réussissent très bien. Dans le plus grand nombre des cas, il n'y a pas récidive. J'ai extirpé un squirrhe de la mamelle chez l'homme, pendant que je remplaçais M. le professeur Velpeau à la clinique de la Charité ; la guérison fut très rapide. M. Velpeau a observé cinq fois ce cancer. Une fois il y avait une tumeur de mauvaise nature dans l'aisselle.

Il se forme aussi dans la mamelle de l'homme des *kystes*. Ils

Digitized by Google

peu considérable n'ont été lésés. On observe ces phénomènes surtout dans les blessures reçues en duel. Quel que soit le courage des champions, au moment du combat le sang ne circule pas normalement et l'innervation n'est pas régulière, on n'est pas sans émotion ; s'il se joint à cet état moral une plaie à la poitrine, le blessé en conçoit les plus vives inquiétudes, et si la peur ne l'a pas encore pris, il est voisin d'en être possédé. On conçoit alors la production des phénomènes que je viens d'indiquer ; et l'effet salutaire, sur des hommes peu éclairés, des succions qu'on faisait autrefois, accompagnées de paroles plus ou moins mystérieuses : le tout formait une pratique qui s'adressait au moral de l'individu, lequel était bientôt radicalement guéri quand le danger n'était pas physique.

Ces phénomènes nerveux peuvent aussi s'expliquer par la lésion des nerfs qui animent les parois de la poitrine : or, on sait qu'il en est de *respirateurs*, comme le dit Ch. Bell. Eh bien, la lésion de ces nerfs peut donner lieu à une toux, une suffocation, qui simulent singulièrement une lésion des poumons ou un épanchement pleurétique.

Les corps contondants peuvent donner lieu à des commotions et à des contusions des organes contenus dans la poitrine, sans division des parois de cette cavité, quelquefois même sans la moindre apparence de contusion. On a vu de vrais écrasements de la poitrine, fractures comminutives des côtes, broiement des parenchymes sans lésions apparentes de la peau. De pareils effets sont ordinairement produits par de grands projectiles à la fin de leur course. Quoique sous-cutanées, ces lésions physiques sont essentiellement mortelles.

Quant à la commotion et à la contusion des organes de la poitrine, on doit les traiter vigoureusement. Si le malade est revenu de l'état nerveux dans lequel le jette le coup, on doit employer les émissions sanguines, répéter souvent les applications de sangsues sur le point qui reste douloureux. Les contusions de la poitrine, considérées d'abord comme légères et abandonnées à elles-mêmes, donnent quelquefois lieu à des suffusions sanguines et même à des épanchements de sang qui deviennent trop souvent le germe de maladies chroniques dont la guérison est très difficile, sinon impossible.

En parlant des plaies d'armes à feu, dans le premier volume, j'ai fait mention du trajet bizarre des balles quand, vers la fin de leur

Digitized by Google

course, elles rencontraient des plans diversement inclinés, des os, des cartilages ou des tissus fibreux qui changeaient à tout instant leur direction. A la poitrine, on peut voir une balle atteindre la région antérieure, passer sous la peau, courir sur une côte et sortir vers la colonne vertébrale, ou compléter même presque entièrement la ceinture. Si on ne connaissait pas les circonstances sus-indiquées, on pourrait croire que de pareilles balles ont traversé la poitrine, tandis qu'elles n'ont fait que contourner ses parois.

Le traitement des plaies non pénétrantes de la poitrine ne diffère pas de celui des autres plaies. S'il survient des accidents du côté des organes contenus dans cette cavité, on les traitera comme je le dirai en exposant la thérapeutique des plaies qui vont suivre.

II. PLAIES PÉNÉTRANTES.

Il est certes toujours bon de compléter un diagnostic, car rien de mieux que l'entière vérité; mais quand les moyens de l'obtenir peuvent produire plus de mal que sa découverte n'amènerait de bien, on doit savoir rester dans le doute. Ainsi, rien de mieux que de s'enquérir si une plaie de poitrine est ou n'est pas pénétrante; mais on ne devrait pas, comme les anciens, employer pour cela la sonde dite de poitrine, les injections et les efforts de respiration. Ces moyens, souvent dangereux, sont d'ailleurs parfois infidèles. L'obliquité de la plaie, son étroitesse, peuvent rendre difficile, infructueuse, l'exploration par la sonde, laquelle peut de plus détacher un caillot destiné peut-être à arrêter une hémorrhagie grave. L'injection peut passer dans le tissu cellulaire des parois de la poitrine quand on la croit parvenue dans une plèvre; et, si elle y parvient, elle peut exciter, enflammer cette séreuse. Les efforts auxquels se livre le malade quand on lui bouche le nez et la bouche ne font pas toujours sortir le sang de la poitrine, et d'ailleurs ils peuvent être impossibles, même dans les cas d'une simple blessure des parois du thorax, à plus forte raison quand il y a pénétration et lésion d'un viscère. Ces efforts, d'ailleurs, sont douloureux et peuvent contribuer au développement d'une pleurésie ou d'une pneumonie. Il vaut mieux être sobre d'exploration directe, et observer avec plus de soin les désordres fonctionnels; car, qu'une plaie soit pénétrante ou non, si la circulation et la respiration sont troublées, il faut agir et employer les mêmes moyens, c'est-à-dire les émissions sanguines et les autres antiphlogistiques. Si au contraire

Digitized by Google

aucun accident ne se déclare, on s'en tiendra pendant quelques jours aux antiphlogistiques les plus doux, on ne fera des saignées de précaution que si le sujet est jeune, vigoureux. Cette règle de conduite une fois adoptée, la précision extrême dans le diagnostic n'a plus ce degré d'utilité que les anciens lui accordaient.

Les plaies pénétrantes de poitrine sont simples ou compliquées.

Plaies pénétrantes simples. Ce seraient celles qui ouvriraient la poitrine en ne lésant que les parois. Elles doivent être extrêmement rares; on les conçoit difficilement, car il y a un tel rapport entre la plèvre pariétale et la plèvre pulmonaire, qu'il semble impossible que la première soit lésée sans que l'autre ait été touchée, et avec elle une couche plus ou moins épaisse du parenchyme pulmonaire.

Plaies pénétrantes compliquées. Les complications viennent des parois et des vaisseaux qui parcourent ces parois, ou des organes contenus, des vaisseaux qui en partent et qui arrivent à ces organes. Ce sont : 1° les fractures des côtes, les fractures du sternum, ses luxations (il en a été question dans le second volume), la lésion des artères mammaires internes et intercostales; 2° les blessures du poumon, celles du cœur et celles des gros vaisseaux au moment de leur départ et de leur arrivée.

A. *Lésion des artères mammaires internes et intercostales.* Elles sont très rares; et pour ce qui est de l'intercostale, il y a certainement dans la science plus de moyens proposés pour arrêter les hémorrhagies auxquelles elles peuvent donner lieu que d'observations authentiques de ces blessures elles-mêmes. On ne saurait croire tous les frais d'imagination faits du temps de l'Académie de chirurgie pour trouver les moyens d'arrêter cette hémorrhagie si rare.

Quand une artère des parois de la poitrine a été lésée, et que la plaie extérieure est peu large et oblique, le sang, au lieu de s'échapper au dehors, est versé dans la poitrine; il s'opère un épanchement dont les symptômes diffèrent suivant la quantité de sang et la rapidité avec laquelle il s'épanche : mais en général la suffocation et les phénomènes de l'hémorrhagie sont plus lents quand le sang a sa source dans les poumons que quand surtout il est versé par un gros vaisseau contenu dans le thorax.

L'hémorrhagie fournie par les deux vaisseaux en question doit être traitée par la compression, la ligature. Pour les exécuter, il faut souvent agrandir la plaie : or, ce serait une faute dans la plupart des cas de lésion des parties contenues dans la poitrine; il faut

Digitized by Google

donc savoir distinguer les hémorrhagies *extra-pectorales* des *intra-pectorales*. Voici ce qu'on conseille de faire pour reconnaître la lésion de l'artère intercostale. On place au-dessous de la côte un morceau de carton ou une carte recourbée en gouttière ; si le sang coule dans la gouttière, c'est l'artère intercostale qui est blessée ; s'il coule au-dessous de la gouttière, le sang vient de l'intérieur de la poitrine. Mais, pour faire cette expérience, il faut que la plaie soit large ou qu'on l'agrandisse. Eh bien, dans les deux cas, le doigt pourra passer par la plaie; la pulpe de cet organe sera dirigée contre le bord inférieur de la côte, et sur elle coulera le sang, dont le jet et la chaleur causeront une impression qui en dira plus que l'expérience citée.

Ligature de l'artère mammaire interne. 1° (*Procédé de M. Goyrand*). Dans mon opinion, ce chirurgien a le premier décrit convenablement cette ligature. Voici sa description : « Pour lier la mammaire interne, je fais sur les côtés du sternum une incision de deux pouces, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, formant avec l'axe du corps un angle de quarante-cinq degrés, incision dont la partie moyenne doit correspondre à trois ou quatre lignes du bord du sternum, et au milieu de la hauteur de l'extrémité sternale de l'espace intercostal où on veut lier le vaisseau. Divisant successivement dans cette direction la peau, la couche cellulo-adipeuse et le muscle grand pectoral, je mets à découvert l'espace intercostal ; j'incise ensuite dans la même direction la lame aponévrotique, qui fait suite au muscle intercostal externe, et les faisceaux superficiels de l'intercostal interne avec une sonde cannelée; j'écarte et je déchire les faisceaux profonds de ce dernier, et je trouve l'artère et ses deux veines satellites à trois lignes du bord du sternum, au-devant des faisceaux du triangulaire du sternum, qui sépare ces vaisseaux de la plèvre. Là, rien de plus facile que d'isoler l'artère et de glisser au-dessous d'elle l'extrémité recourbée de la sonde cannelée dans le premier espace intercostal.

» Cette opération se fait avec facilité dans les trois premiers espaces intercostaux, présente quelques difficultés dans le quatrième ; elle est fort difficile dans le cinquième, et à peu près inexécutable dans le sixième (1). » Je donne ici avec détail la description de la

(1) Cette opération se trouve décrite dans le n° du 30 septembre 1834 de la *Lancette française*.

Digitized by Google

ligature de l'artère mammaire interne, parce que ce procédé ne se trouve pas décrit dans mon 2e volume quand j'ai exposé les ligatures des artères en particulier.

Ligature de l'artère intercostale. Elle doit être pratiquée comme je l'ai indiqué dans mon premier volume, quand j'ai parlé de la ligature des artères au fond d'une plaie. On va à sa recherche en longeant le bord inférieur de la côte et en disséquant avec soin les tissus qui la couvrent extérieurement.

Compression des artères qui parcourent les parois de la poitrine. Ce sont les mammaires internes et les intercostales. Je ne décrirai pas les machines nombreuses et variées imaginées pour comprimer ces dernières artères. Si on veut les comprimer, mieux vaut suivre l'exemple de Desault, Sabatier et Boyer. 1° On enfonce d'abord dans la plaie une compresse par le plein; elle forme un creux que l'on remplit de charpie; elle a alors dans la poitrine un renflement qui n'est pas en rapport avec l'ouverture de la cavité, et plus on tire les angles de la compresse, plus on comprime le bord inférieur de la côte, et par conséquent l'artère qui le longe. 2° On lie avec un gros fil un tampon de charpie, et on introduit celui-ci de manière à lui faire comprimer le bord des côtes; une fois introduit, on écarte les deux bouts du fil, et entre eux on place un second tampon de charpie, sur lequel on fait deux nœuds.

Quelque exactitude, quelque habileté qu'on mette dans l'application de ces moyens compressifs, ils ne sont jamais sûrs, et ce sont des corps étrangers toujours irritants pour les plèvres et les poumons. Mieux vaut la ligature.

B. *Plaies de poumons.* Il est rare, comme je l'ai déjà dit, qu'une plaie de poitrine soit pénétrante sans lésion d'un organe contenu dans cette cavité. Le poumon est le plus souvent blessé. Il est atteint par le corps vulnérant lui-même, par un fragment de côte détaché qui s'implante dans son parenchyme, ou par tout autre corps mis en mouvement par une arme de guerre. La blessure du poumon se manifeste par des symptômes qui peuvent devenir des accidents mortels: ce sont le crachement de sang, l'issue de ce liquide par la plaie extérieure, son épanchement dans la poitrine, l'emphysème et la pneumonie. L'ensemble de ces symptômes ne laisse aucun doute sur la lésion du poumon; mais on ne les trouve pas toujours réunis, et ils ne sont pas toujours assez prononcés pour compléter le

Digitized by Google

diagnostic. Il en est aussi qui apparaissent d'abord pour fuir ensuite. Un mot sur chacun.

Le *crachement de sang* n'est pas constant, il manque quand la plaie du poumon est petite et superficielle. Quand ce crachement est peu considérable, il se supprime au début de l'inflammation du poumon. Il apparaît, en général, immédiatement après la blessure; le sang est rutilant, spumeux; son abondance est en rapport avec l'étendue de la plaie faite au poumon.

L'*issue du sang par la plaie extérieure* n'a lieu que quand celle-ci offre une certaine étendue. Si elle est étroite, le sang se répand, s'accumule dans la poitrine. D'ailleurs, pour que cette issue du sang ait une grande valeur séméiotique, il faut qu'elle coïncide avec l'hémoptysie; car, par la plaie des parois du thorax, il peut s'échapper du sang dont la source est dans une lésion des artères de ces parois (je viens d'en parler), dans la lésion du cœur et des gros vaisseaux contenus dans la poitrine : alors la poitrine se remplit, et le surplein passe par la plaie externe.

L'*épanchement sanguin* peut être produit par les mêmes lésions que je viens d'indiquer; ainsi, seul il ne peut constituer un diagnostic, il peut même ne pas exister avec une blessure profonde du poumon; c'est quand le parenchyme est atteint sur un point qui a contracté des adhérences avec les parois pectorales : alors le sang se répand au dehors à mesure qu'il est fourni par le poumon divisé. D'ailleurs, il sera question encore de l'épanchement sanguin dans les articles destinés aux *épanchements dans le thorax* et à *l'opération de l'empyème.*

L'*emphysème* est un accident fréquent et caractéristique. Cependant on l'a rencontré dans des cas de plaies non pénétrantes, et dans des cas de plaies pénétrantes sans lésion pulmonaire. Alors la division des parois thoraciques est oblique de manière à laisser entrer l'air, tandis qu'elle oppose des obstacles à sa sortie; ce qui fait qu'il s'infiltre dans le tissu cellulaire. Ces cas sont on ne peut plus rares, s'ils ont réellement été observés. Les circonstances suivantes empêchent l'emphysème d'avoir lieu : 1° une grande étendue de la division des parois thoraciques; alors l'air sort et entre librement; 2° un grand épanchement sanguin, lequel s'oppose à la sortie et à l'infiltration de l'air; 3° une grande étroitesse de la plaie des poumons; alors le gonflement et les caillots sanguins s'opposent à l'issue de l'air par la plaie du parenchyme. Les circonstances

Digitized by Google

les plus favorables à la formation de l'emphysème sont l'étroitesse et la direction tortueuse de la plaie des parois, jointes à une certaine étendue de celle des poumons. La réunion de ces circonstances peut donner lieu à un emphysème considérable; l'air, après avoir rempli la poitrine, comprime le poumon, s'infiltre dans le tissu cellulaire des parois thoraciques; là, il est souvent circonscrit et forme une tumeur indolente, élastique, sans changement de couleur à la peau, et produisant par la compression une sensation, un bruit particulier, enfin la *crépitation emphysémateuse*. Quelquefois l'air s'infiltre dans une grande étendue; il peut même boursoufler énormément tout le corps; toute la peau est soulevée par lui, excepté sur les points où des brides fibreuses, aponévrotiques, la fixent aux organes sous-jacents : ainsi à la paume de la main, à la plante des pieds, au cuir chevelu. On cite partout le fait de Littre, lequel est consigné en entier dans les Mémoires de l'Académie des sciences pour l'année 1713; l'infiltration de l'air était générale; à la région sternale, il y avait 298 millimètres entre la peau et l'os sternum! A ce degré, on conçoit que l'emphysème est très grave. Quand il est borné, comme je l'ai dit tantôt, il est bien moins à craindre.

La *pneumonie* consécutive aux plaies en question est en rapport d'intensité et de gravité avec l'étendue de la plaie des poumons. Généralement elle n'est pas grave, et il est rare qu'à la suite d'une plaie du thorax on meure par l'inflammation des poumons. Ses symptômes sont ceux qui ont été décrits par les médecins (1); je ne les reproduirai pas ici. La pneumonie traumatique est celle qui est le plus souvent suivie d'abcès. On les remarque surtout quand un corps étranger est resté dans les poumons, que ce soit un projectile, une portion de côte, de vêtement, ou un fragment de l'arme qui a produit la plaie.

Les plaies des poumons sont certainement dangereuses; cependant, si on les compare aux plaies des autres viscères, leur pronostic paraîtra relativement moins grave. Une plaie du cœur, une plaie du cerveau, d'un viscère de l'abdomen, ces lésions sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus graves qu'une plaie du poumon. L'hémorrhagie est l'accident le plus à craindre; elle peut se faire de trois manières : 1° le sang fourni par la plaie du poumon passe dans les bronches, la bouche, et est craché — *hémoptysie*; 2° le sang se

(1) Voy. *Nosographie médicale* de M. le professeur Bouillaud. Paris, 1846, t. II. pag. 463.

Digitized by Google

répand dans la plèvre — *empyème du sang;* 3° enfin il est rejeté par la plaie du thorax — *hémorrhagie externe.* Ces trois phénomènes constituent quelquefois des accidents mortels; quand la plaie du poumon est large et qu'elle atteint le sommet de cet organe, il y a une complication fâcheuse des effets ordinaires des grandes hémorrhagies, c'est la compression du poumon par l'épanchement. Quand la plaie est peu profonde, peu étendue, quand surtout elle n'atteint pas le poumon là où les vaisseaux sont développés, l'hémorrhagie n'est considérable dans aucun sens; ainsi l'hémoptysie s'arrête bientôt, et si un peu de sang a été versé dans les plèvres, il y est résorbé. On peut même espérer une terminaison heureuse quand la plaie du poumon a suppuré. Il n'y aurait à redouter qu'une inflammation fort étendue : or, les inflammations traumatiques qui ne sont pas entretenues par un corps étranger ont une grande tendance à se borner.

L'emphysème ne devient un accident réellement redoutable que quand il tend à devenir général.

Les plaies du poumon exigent des saignées promptes, abondantes et répétées à des distances très rapprochées. J'ai cité, dans le premier volume, l'exemple de Ravaton, qui du soir au lendemain matin fit saigner neuf fois un jeune homme blessé par un coup d'épée qui lui avait traversé la poitrine. Le succès justifia l'heureuse audace de Ravaton. Sans critiquer ce chirurgien comme l'ont fait les Anglais, je dirai que, même dans de pareilles plaies, il faut encore reconnaître des limites aux émissions sanguines, que je considère cependant comme le seul moyen de salut pour le malade. Mais on sait qu'il n'y a pas de pire abus que l'abus des bonnes choses.

Si un corps étranger existe dans un poumon, les émissions sanguines auront peu d'effet sur l'inflammation. Si le corps étranger offre une prise quelconque, on devra l'extraire le plus tôt possible; mais s'il est caché dans la poitrine, enseveli dans un parenchyme, les moyens pour aller à sa recherche et pour opérer son extraction pourraient bien augmenter les accidents, au lieu de les abattre. Il faut donc abandonner ces corps étrangers. On cite partout avec éloge la conduite de Gérard dans le cas suivant : Un couteau fut enfoncé dans la poitrine, il traversa une côte, et la pointe qui cassa faisait saillie dans la poitrine, blessait les poumons, tandis qu'elle n'offrait aucune prise à l'extérieur. Gérard voulut repousser cette pointe de l'intérieur à l'extérieur ; pour cela, il arma son index d'un dé en fer.

Digitized by Google

l'introduisit dans la poitrine, et chassa la pointe en lui faisant rebrousser chemin. Ce fait a toujours été accueilli sans commentaire. Pense-t-on cependant qu'un doigt armé d'un dé passe facilement entre deux côtes? En retirant le doigt, ne craint-on pas de faire tomber le dé dans la poitrine? etc. Je traiterai plus tard et d'une manière spéciale des corps étrangers du thorax.

L'emphysème n'exige aucun traitement spécial, s'il est peu étendu; s'il est considérable, on devra pratiquer des incisions, des scarifications avec des compressions ménagées pour chasser l'air. On ne doit point redouter de pratiquer de nombreuses scarifications et des incisions étendues; car, après l'affaissement des tissus, elles sont singulièrement réduites.

1° *Plaies du cœur.* Le vulgaire, et même certains chirurgiens ont adopté l'opinion des poëtes sur le danger des blessures du cœur. On les croyait instantanément et inévitablement mortelles. Une observation plus sévère et une juste interprétation des faits depuis longtemps observés mettent en évidence cette double erreur.

Les plaies du cœur ne sont pas inévitablement mortelles. Les plaies du cœur sont pénétrantes ou non pénétrantes. On comprend que les plaies non pénétrantes sans lésion des artères coronaires ne doivent pas être très graves. Parmi celles qui sont pénétrantes, il en est qui peuvent guérir. Plus d'une fois les chasseurs ont tué des animaux déjà blessés au cœur, ce qui était prouvé par les cicatrices de cet organe et par des balles trouvées dans les ventricules. M. Latour cite le fait remarquable d'un soldat dans le cœur duquel on trouva une balle six ans après la guérison de la blessure. Le projectile était châtonné dans le ventricule droit, près le sommet de l'organe; il était recouvert en partie par le péricarde et appuyé sur le *septum medium* (1). Plater parle d'un cochon dans le cœur duquel on trouva un morceau de bâton.

Les plaies pénétrantes du cœur qui ne sont pas inévitablement mortelles sont surtout celles que produisent des instruments piquants, ceux qui se rapprochent le plus de l'aiguille à acupuncture, laquelle, comme on le sait, peut être enfoncée dans le cœur sans danger, ce qui a surtout été prouvé par M. Searle, qui a voulu traiter le *choléra asiatique* par l'acupuncture du cœur.

(1) *Histoire philosophique et médicale* des causes essentielles et prochaines des hémorrhagies, tome I, page 75.

Digitized by Google

Quelle que soit la cavité ouverte, si l'instrument n'est que piquant, la guérison peut avoir lieu. Cependant les blessures des oreillettes sont toujours plus dangereuses, et celles du ventricule droit le sont plus que celles du gauche. Les dangers sont donc en raison indirecte de l'épaisseur des parois de la cavité du cœur qui a été ouverte.

2° *Les plaies du cœur, même assez étendues, ne sont pas instantanément mortelles.* Paré parle d'un blessé en duel qui fit encore deux cents pas pour poursuivre son adversaire; il avait cependant une plaie au cœur assez large pour recevoir le doigt. On trouve des faits analogues dans Saviard, Rodius, Durande, Tulpius; on en trouve surtout dans la thèse de M. Alp. Sanson (1). L'observation la plus remarquable que je connaisse est celle qai a été insérée par M. Ferrus dans le *Répertoire d'anatomie*. Le blessé a vécu pendant vingt jours avec un stylet qui traversait le cœur de part en part. Dupuytren, qui a traité avec soin et détail des blessures du cœur, fait les remarques suivantes, par lesquelles je terminerai :

« Il faut tenir compte, pour la possibilité ou pour l'impossibilité de la guérison des plaies du cœur, de la différence de profondeur à laquelle a pénétré l'instrument vulnérant, de la direction de la plaie par rapport au sens des fibres, et de l'épaisseur des parois blessées, de cette direction par rapport à l'épaisseur des parois ; de l'étendue de cette plaie, de la forme de l'instrument qui a produit la blessure, de son séjour ou de son absence dans la plaie, etc., etc.; toutes circonstances qui influent beaucoup sur l'état béant du trajet de la solution de continuité, et par conséquent sur les chances plus ou moins probables de l'épanchement et sur les dangers de la blessure. Fixons seulement notre attention sur la direction des plaies du cœur relativement au sens des fibres lésées : la plaie peut être transversale au plus grand nombre des fibres, ou s'éloigner à des degrés différents de cette disposition; de là, tendance inégale des bords de la plaie à former le *hiatus*. Si la plaie coupe transversalement un grand nombre de fibres, l'écartement est plus grand, et le danger des épanchements du sang bien plus grand aussi que lorsque la lésion est parallèle à ces fibres. Or, comme le cœur est formé de plusieurs plans de fibres superposées et à directions différentes, i s'ensuit que, si les unes tendent à écarter dans un sens les bords de

(1) *Des plaies du cœur*, 28 août 1827.

Digitized by Google

la plaie, les autres diminuent cet écartement dans l'autre ; de là, en quelque sorte, des clôtures de plaies qui en favorisent la guérison. Ainsi, supposons une plaie du ventricule gauche. Si elle est à la paroi antérieure et qu'elle soit oblique du sillon interventriculaire vers le bord gauche du cœur, elle aura intéressé trois plans de fibres formant ce ventricule ; selon M. Gerdy, le superficiel et le moyen sont dirigés en bas et à gauche ; le profond, qui surpasse en épaisseur les deux autres, croise la direction de ceux-ci : l'instrument aura coupé transversalement les fibres du plan profond, et n'aura en quelque sorte qu'écarté les fibres superficielles, ce qui diminuera beaucoup l'étendue de l'ouverture, opposera de grands obstacles à l'épanchement, procurera une oblitération provisoire d'abord, définitive ensuite, donnera enfin des chances de guérison. Nous ne parlons ici que des plaies d'une médiocre étendue, de quelques lignes, par exemple ; car, lorsqu'elles sont un peu grandes, l'hémorrhagie abondante, subite et inévitable, qui en résulte amène promptement la mort. Les vaisseaux du cœur peuvent être seuls atteints : on a vu en effet l'artère coronaire seule être ouverte, et donner lieu à un épanchement dans la péricarde, épanchement le plus ordinairement mortel par l'inflammation qu'il y fait naître. Quand un épanchement sanguin a lieu dans le péricarde, il peut présenter des différences d'épaisseur, une, deux, trois lignes, et même davantage ; il simule quelquelois même l'apparence d'une fausse membrane, dont il revêt la couleur. Ordinairement un épanchement de sang dans le péricarde donne lieu à un très grand trouble dans les fonctions du cœur, dont les battements deviennent petits, irréguliers et intermittents : les malades sont tourmentés par d'horribles anxiétés, et la mort ne tarde point à arriver. Le diagnostic des plaies du cœur n'est pas toujours facile. Cependant, dans la plupart des cas, outre les conjectures que l'on peut tirer de la situation, de la direction de la plaie et de la connaissance de la profondeur à laquelle l'instrument vulnérant a pénétré, le blessé présente certains accidents qui sont regardés comme des signes de la blessure du cœur, tels que la dyspnée, une extrême anxiété, les lipothymies fréquentes, la petitesse et l'irrégularité du pouls, la douleur derrière le sternum, la pâleur, les sueurs froides et les symptômes ordinaires des épanchements du sang dans la cavité du péricarde et de la poitrine.

» Dans le traitement des plaies du cœur, la première chose à faire,

Digitized by Google

c'est de fermer avec beaucoup de soin la plaie extérieure; il faut ensuite saigner le blessé autant de fois que la prudence le permet, le tenir exposé au frais, le condamner au repos et au silence le plus absolu, et à la diète la plus rigoureuse. Si, à l'aide de ce traitement convenablement dirigé, on parvient à suspendre l'hémorrhagie intérieure, on devra ensuite s'occuper de l'épanchement sanguin qui s'est fait dans la poitrine, et lui donner issue : mais il faut pratiquer cette opération le plus tard possible, et on aura soin de ne permettre au blessé les aliments et l'exercice qu'au bout d'un temps très long, afin de modérer l'impulsion du sang, et d'empêcher qu'elle ne rompe une cicatrice encore peu solide ou qu'elle ne détache un caillot mal affermi. (*Blessures par armes de guerre*, t. II.)

ARTICLE II.

Hernies du poumon.

Les cas de hernie du poumon se rapportent à trois catégories : 1° pneumocèle à la suite d'une plaie pénétrante de la poitrine; 2° pneumocèle par déchirure des muscles intercostaux et fracture des côtes, avec intégrité de la peau; 3° pneumocèle à la suite d'efforts de toux, de l'accouchement. Ceux-ci sont les plus rares.

Les exemples de déplacement du poumon à la suite de plaies pénétrantes de la poitrine établissent, selon M. Cruveilhier, contrairement à une opinion encore accréditée, que l'ouverture des parois thoraciques n'est pas suivie de l'affaissement du poumon. Ouvrez, dit-on, les deux plèvres sur un animal vivant, et vous le verrez mourir incontinent de suffocation. M. Cruveilhier a répété cette expérience, sans que l'animal ait éprouvé une gêne notable dans la respiration.

Selon le professeur que je viens de citer, les pneumocèles, qui sont des accidents de contusion violente des parois thoraciques, avec déchirure des muscles intercostaux et fractures des côtes, s'expliquent par le même mécanisme que les pneumocèles par suite de plaies pénétrantes de la poitrine. Dans l'expiration, et surtout dans l'effort, le poumon, étant comprimé en tous sens, tend à s'échapper par les points qui lui offrent le moins de résistance; si les parois thoraciques manquent dans une certaine étendue, alors le poumon s'échappe par la perte de substance, et le déplacement est opéré.

Le pneumocèle par suite d'efforts, sans lésion physique antérieure du thorax, a été observé un assez grand nombre de fois pour

Digitized by Google

qu'on ne puisse pas le révoquer en doute. Doit-on admettre, dit M. Cruveilhier, que dans le pneumocèle, suite d'efforts, et sans lésion préalable des parois abdominales, le déplacement du poumon se fasse à la manière des hernies abdominales, c'est-à-dire à travers un écartement des fibres, des muscles intercostaux, et précédé par la plèvre costale, qui lui forme un sac herniaire? ou bien, semblable aux éventrations, le poumon déplacé soulève-t-il les muscles intercostaux amincis? La question est encore indécise. On conçoit difficilement ce dernier mode de formation, car les parois thoraciques ne sont pas soumises aux mêmes causes de distension, et par conséquent de débilitation, d'atrophie, que les parois abdominales; cependant une contusion violente des parois thoraciques peut, sans solution de continuité proprement dite, déterminer une débilité relative de ces parois et permettre aux muscles intercostaux de se laisser soulever par le poumon.

La tumeur formée par la portion de poumon qui a franchi la poitrine est molle, plus ou moins circonscrite; elle se montre presque toujours sur un point du thorax qui a subi plus ou moins anciennement une lésion physique, fractures, plaies. Cette tumeur augmente de volume par l'inspiration, s'affaisse par l'expiration. Si on applique l'oreille sur elle pendant qu'elle augmente de volume, on entend le bruit de l'air qui la pénètre par l'application de la main, on constate une espèce de crépitation. Cette hernie est facilement réduite et facilement contenue. D'ailleurs c'est là une affection peu grave, même quand on ne contient pas la tumeur.

Le poumon ainsi hernié, à cause de sa couleur, de sa flétrissure, a été pris pour l'épiploon, pour le poumon lui-même, mais à l'état de gangrène, ce qui a fait qu'on l'a lié et excisé, sans danger réel pour le malade. Selon M. Cruveilhier, cela résulterait des observations de Ruysch, Fab. de Hilden, Tulpius et Loiseau.

Selon M. Cruveilhier, les hernies du poumon peuvent être simulées par des empyèmes circonscrits qui se sont fait jour à travers les muscles intercostaux, de telle manière que le pus rentre dans le thorax pendant l'inspiration, d'où l'affaissement de la tumeur; il en est expulsé pendant l'expiration et surtout pendant les efforts, de manière à soulever la peau en une tumeur plus ou moins considérable: mais le sentiment d'ondulation ou de fluctuation ne permettra aucune espèce d'erreur. Tel est le cas rapporté par Joubert. Lorsque

(1) Voy. *Anatomie pathol. du corps humain*, in-fol., 21e liv.

Digitized by Google

le malade expirait fortement, il se formait entre le cartilage xiphoïde et le rebord cartilagineux des côtes une tumeur grosse comme un œuf de poule, et lorsque le malade toussait, la main de l'observateur était soulevée comme une partie déplacée; on aurait pu croire à une hernie du poumon, mais les commémoratifs (le malade avait eu une pneumonie chronique) et une fluctuation non équivoque ne permirent pas de méconnaître la présence du pus (*loc. cit.*).

Je continue ce qui a trait à la hernie du poumon par une observation en partie insérée dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, et qui a pu être complétée par M. Cruveilhier. De pareilles observations sont assez rares pour qu'on enregistre avec soin celles qui sont réellement authentiques.

M. le professeur Thillaye a montré à M. Leroux un homme atteint d'une incommodité qui ne peut être considérée que comme une hernie du poumon d'un genre toutefois bien particulier. Cet homme avait eu les troisième et quatrième côtes vraies du côté droit fracassées assez près du sternum. Par suite de ce désordre, il resta à l'endroit correspondant des parois de la poitrine une ouverture qui, autant qu'on put en juger à travers l'épaisseur du grand pectoral qui le recouvre, pouvait admettre le poumon; la respiration se faisait sans effort; le poumon ne proéminait pas, et l'extérieur de la poitrine laissait voir une dépression très sensible; mais à chaque inspiration très forte, et mieux encore à chaque effort de toux, le grand pectoral se soulevait et l'on pouvait sentir le poumon qui se développait brusquement au travers de l'ouverture. Cette infirmité ne gênait d'ailleurs en rien celui qui la portait, et ne l'empêcha pas de reprendre les travaux d'une profession assez pénible. Il ne se fit point d'exfoliation: les côtes fracturées paraissaient n'avoir éprouvé aucune déperdition de substance. M. Leroux présume que l'ouverture existante aux parois solides de la poitrine était due à ce que les muscles intermédiaires à ces côtes ayant été déchirés, les fragments furent entraînés et maintenus par chaque côte correspondante.

Cet individu étant entré en 1832 à l'hôpital St-Louis pour le choléra (il avait alors soixante-dix-sept ans) et ayant succombé par suite de cette maladie, sa poitrine, sur laquelle on avait reconnu la hernie du poumon, fut apportée à M. Cruveilhier par M. Voisin, alors interne à cet hôpital, aujourd'hui médecin distingué à Limoges, et voici les particularités offertes par la dissection de la tumeur. Pour

Digitized by Google

tout commémoratif on avait recueilli que dans sa jeunesse cet homme avait été écrasé contre une borne par un timon de voiture. La tumeur qui occupait l'espace compris entre la troisième et la quatrième côte, au voisinage du sternum, était susceptible de réduction, et lorsqu'on l'avait réduite, le doigt pouvait parcourir le pourtour d'une ouverture très considérable qui donnait passage aux parties déplacées. Sous la peau on trouvait une couche de tissu adipeux, et sous cette couche une membrane séreuse parfaitement transparente et lisse à sa face interne, un véritable sac herniaire dans lequel était contenue une portion considérable de poumon : les muscles grand et petit pectoraux manquaient au niveau de la tumeur. La partie du poumon déplacée n'avait subi aucune altération dans sa texture, flétrie et d'un petit volume; la plèvre qui la recouvrait jouissait de sa transparence accoutumée; elle acquérait un grand développement par l'insufflation.

Il importe, dit M. Cruveilhier, d'exposer les rapports du sac herniaire avec la plèvre. Ce sac herniaire, que je suppose partir de l'ouverture du thorax, se portait de bas en haut, revêtait la face interne de la languette (voy. fig. 136) et de la troisième côte, pour se réfléchir sur la face postérieure des grand et petit pectoraux, qui manquaient dans une grande étendue.

Le sac herniaire se continuait sans ligne de démarcation marquée avec la plèvre costale, mais des adhérences entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire circonscrivaient parfaitement le sac herniaire pleural. Ainsi, la portion de plèvre qui faisait suite au sac herniaire se portait de bas en haut sous la face profonde de la troisième côte, pour se réfléchir en formant un cul-de-sac ou rigole sur la partie correspondante du poumon; après avoir revêtu cette partie correspondante et toute la portion du poumon déplacée, elle se réfléchissait du poumon sur la face profonde des septième, sixième, cinquième et quatrième côtes, pour aller se continuer avec le sac herniaire. En avant, la plèvre se réfléchissait de la paroi thoracique sur le poumon, à un demi-pouce du pourtour du sac herniaire; en arrière, cette réflexion avait lieu à deux pouces et demi du pourtour du même orifice.

Ce sac herniaire était-il entièrement constitué par la plèvre déplacée, ou bien doit-il être considéré comme une membrane séreuse de nouvelle formation? L'une et l'autre opinion peuvent être soutenues. On conçoit, en effet, que dans quelques cas de hernie du

Digitized by Google

poumon, malgré le défaut de laxité de la plèvre, cette membrane puisse se prêter à un déplacement tout-à-fait semblable à celui du péritoine dans les hernies. Mais il est bien difficile d'admettre dans l'espèce que le corps vulnérant qui a ouvert si largement l'espace intercostal et fracturé plusieurs côtes ait respecté la plèvre costale. Il est donc plus que probable que la portion de membrane séreuse qui forme le sac herniaire est une membrane de nouvelle formation (voyez fig. 35 et 36 (1)).

Fig. 35.

Fig. 36.

Ce qui précède est emprunté aux classiques et surtout à M. Cruveilhier. Mais on remarquera, en parcourant les auteurs, que, sur le phénomène le plus important de la hernie pulmonaire, chacun d'eux est en désaccord avec les autres et souvent avec lui-même. Trois pneumocèles observées avec soin par M. Morel-Lavallée lui ont permis de refaire l'histoire de cette maladie, d'en indiquer les symptômes et le mécanisme. Dans un premier mémoire inédit, lu à la Société de chirurgie, ce chirurgien, en s'appuyant sur les cas que je viens de citer, sur d'autres faits cliniques propres à éclairer

(1) La figure 35 représente la portion du poumon déplacée, située entre la troisième et la quatrième côte; le pneumocèle avoisine le sternum.

La figure 36 représente la perte de substance des parois thoraciques à travers laquelle le poumon s'était déplacé; l'ouverture a quatre pouces dans son diamètre horizontal, et deux pouces et demi dans sa plus grande hauteur; elle est circonscrite en bas par la quatrième côte, qui est singulièrement amoindrie, comme contournée, et présente une concavité dirigée en haut; elle est limitée *supérieurement* par une languette osseuse étendue du cartilage de la quatrième côte au bord inférieur de la troisième; elle est formée *en dedans* par l'angle aigu qui résulte de la jonction de la languette osseuse avec le cartilage de la quatrième côte, en dehors par un rebord fibreux semi-lunaire, qui appartient aux muscles intercostaux.

Digitized by Google

la question, sur des expériences cadavériques et des vivisections, est arrivé aux résultats que je vais résumer :

Dans l'inspiration, le poumon, ne faisant que suivre la paroi thoracique, n'a aucune tendance à se porter au dehors; il est au contraire retenu dans un autre sens par l'élasticité des bronches qui tend à le ramener vers sa racine. Quand la poitrine est ouverte et que l'air y pénètre, le poumon, pressé à sa surface séreuse et à sa surface muqueuse, c'est-à-dire en dehors et en dedans par une force égale, le poids de l'atmosphère, le poumon par la rétractilité des bronches, qui s'ajoute à la pression de la surface externe, est ramené en dedans contre le médiastin.

Il suit de là que dans l'inspiration le pneumocèle ne peut se former, ni avoir de tendance à se former, ni augmenter de volume, ni offrir de crépitation, puisque rien n'y appelle l'air.

Dans l'expiration, au contraire, l'air, pressé de toutes parts dans le poumon par les puissances musculaires qui se contractent pour l'en chasser, augmente de ressort en diminuant de volume; il réagit avec une égale force sur tous les points de la surface muqueuse de l'organe, et s'il trouve une issue insuffisante par la trachée, cette réaction est bientôt assez énergique pour surmonter la rétractilité des bronches. Alors le parenchyme est poussé au dehors avec une force égale à l'excès du ressort excentrique de l'air emprisonné dans le poumon sur le ressort concentrique des bronches, et cet excès a lieu dans toutes les expirations qui ne sont pas faibles; il se proportionne à leur intensité. Dans cette condition, si la paroi pectorale est intacte, le poumon la refoule en dehors, et cette pression, à force de se répéter sur les points les moins résistants, peut les faire céder, et occasionner une véritable hernie spontanée du poumon, comme M. Morel-Lavallée en a observé deux sur les côtés de la trachée, et qui remontaient jusqu'au larynx. Si la poitrine est ouverte, dans une expiration un peu prononcée, comme dans celle de la toux, par exemple, le poumon s'échappe par la plaie. C'est également par ce mécanisme que l'air pénètre dans la hernie exclusivement dans l'expiration, et que par conséquent elle ne crépite et ne se gonfle que dans ce temps de la respiration.

Les phénomènes principaux du pneumocèle sont retracés dans l'extrait suivant d'une des observations de M. Morel-Lavallée. La hernie s'était formée derrière la cicatrice d'un coup d'épée qui avait

Digitized by Google

porté à un travers de doigt en dedans du mamelon gauche, et à deux millimètres au-dessous.

« Quand le malade respire naturellement, la cicatrice paraît si peu soulevée, qu'il faut y regarder de près pour trouver une différence de niveau, soit entre elle et ses environs, soit entre le point qui la supporte et l'endroit analogue du côté opposé. A coup sûr, sans en être prévenu, on ne se douterait pas que rien vînt ici troubler l'harmonie des surfaces. Il y a plus, c'est qu'en la pressant avec le doigt *directement* d'avant en arrière, on n'a que la sensation d'un enfoncement ou d'une ouverture de l'espace intercostal, en sorte qu'il y aurait contradiction entre la vue et le toucher, qui indiqueraient dans le même point, l'un un léger relief, et l'autre une dépression. Mais si l'on fait glisser la peau sur cette tumeur presque problématique en la pressant *obliquement*, on sent, surtout en dedans de la cicatrice, un cheminement de bulles fines et nombreuses, comme si l'on comprimait un lobule pulmonaire plein d'air. Il y a encore assez peu de résistance pour que, sans le mouvement des bulles, on ne se doutât pas qu'on a sous le doigt l'organe qui les contient. Pendant qu'on exerce cette pression oblique, l'oreille perçoit aussi la migration des bulles crépitantes à travers des cellules; tandis que, dans la pression directe, comme dans la respiration ordinaire, l'auscultation ne donne qu'un résultat négatif. A la percussion, la tumeur se comporte absolument comme à la pression. Elle ne crépite que lorsqu'on frappe obliquement, en faisant glisser la peau; encore le phénomène est-il moins net que dans la simple pression oblique: pas de changement appréciable dans la sonorité. Toujours est-il, pour nous résumer en trois mots, que l'œil, le doigt et l'oreille se réunissent pour dénoncer la présence anormale d'un tissu spongieux et aéré sous la cicatrice. Mais elle se manifeste par des caractères bien autrement saillants dans la toux ou dans l'action de souffler. Alors, et surtout dans la toux, la cicatrice est soulevée par une tumeur qui s'enfle et acquiert le volume d'un œuf, tumeur molle qui se forme sous le doigt, en procédant de l'intérieur de la poitrine et en produisant au toucher ce froissement vésiculaire d'un gaz cheminant dans des cellules menues et multipliées : c'est comme un lobule pulmonaire qu'on vous insuffle entre les doigts, car ils sentent en même temps la consistance souple et spongieuse du tissu qui se développe. Pendant cette expiration de la toux, l'oreille appliquée sur la cicatrice perçoit également une crépitation intense et

Digitized by Google

nombreuse, qui pourtant semble moins riche qu'au toucher. On entend un bruissement qui tient du murmure respiratoire normal; mais il est plus fort, moins moelleux, moins voilé : c'est, à s'y méprendre, celui d'un lobule pulmonaire qu'on vous insuffle à l'oreille.

» Telle est sur la hernie l'influence de l'expiration de la toux, et à un moindre degré celle d'une expiration ordinaire, mais forte et avec resserrement le long de la colonne d'air, soit à la glotte, à l'isthme du gosier ou à la bouche. Une expiration forte qui n'offre pas ces dernières conditions, en d'autres termes, une expiration forte et large produit encore, si elle est brusque, un effet sensible sur la tumeur; lente, elle n'y retentit nullement, pas plus qu'une expiration naturelle. L'inspiration, tant énergique, tant saccadée soit-elle, au lieu d'en augmenter le volume, semblerait plutôt l'affaisser. Dans l'effort le plus considérable, ni soulèvement de la cicatrice, ni crépitation, rien, absolument rien. » (Morel-Lavallée, *Mémoire cité*.)

Le cas précédent est une variété nouvelle de hernie pulmonaire, par cette raison qu'il y avait adhérence de la hernie au sac.

Dans les deux autres pneumocèles observés par M. Morel-Lavallée, les phénomènes étaient essentiellement les mêmes. On voit comment il a été logiquement conduit, par l'absence du grossissement de la tumeur et du passage de l'air dans la hernie pendant l'effort, à établir que, dans l'effort, l'air contenu dans le poumon n'augmente pas sensiblement de tension, et que la glotte n'est point fermée, comme on l'avait avancé. Du reste, bien que M. Morel-Lavallée regarde comme pleinement démonstratifs les phénomènes cliniques précédents, il s'occupe en ce moment à confirmer sa théorie, en appliquant un manomètre à une canule trachéale chez l'homme.

ARTICLE III.

Corps étrangers dans le thorax.

En parlant des maladies du larynx et de la trachée, j'ai fait mention des corps étrangers qui de ces conduits parvenaient dans les poumons, de ceux qui de l'abdomen pouvaient aussi, mais par voie d'ulcération, parvenir au même parenchyme. Les corps étrangers dont je vais traiter sont ceux qui parviennent dans le thorax par des plaies des parois de cette cavité. Ce sont ordinairement des

Digitized by Google

projectiles, des fragments d'armes de guerre, des portions de vêtement, des pièces de pansement.

J'établirai ici deux catégories basées sur le siége des corps étrangers : ainsi ils occupent encore les parois du thorax, ou bien ils sont complétement renfermés dans cette cavité.

Parmi les corps étrangers qui ont encore des rapports avec les parois thoraciques, les uns font saillie à l'extérieur et offrent plus ou moins de prise aux moyens d'extraction, les autres n'offrent aucune prise.

Les corps étrangers qui font saillie à l'extérieur et ne sont en rapport qu'avec les parties molles sont facilement extraits avec des pinces à pansement, avec celles que j'ai fait représenter tome I, fig. 89, et même avec les doigts. Mais les corps étrangers fichés, implantés dans les côtes, le sternum, les vertèbres, ces corps sont quelquefois difficiles à déloger, surtout quand ils n'offrent pas beaucoup de prise et qu'ils pénètrent plusieurs os, dont un peut être très épais.

C'est pour l'extraction des corps étrangers de cette catégorie qu'on est obligé d'en venir à des manœuvres particulières, à des instruments spéciaux. Ainsi c'est pour extraire une pointe de lame de couteau qui s'était cassée après avoir traversé une côte, c'est pour repousser de dedans en dehors un pareil corps étranger que Gérard a employé ce procédé qu'on est dans l'habitude d'admirer sans s'informer si réellement il peut être appliqué : Gérard aurait introduit par un espace intercostal un doigt armé d'un dé à coudre avec lequel il aurait repoussé la pointe de couteau. Je me suis déjà étonné de la possibilité d'introduire par un espace intercostal un doigt d'adulte coiffé d'un dé à coudre.

Selon Percy, pour réussir dans l'extraction des pointes de lame, des bouts de fleuret, de baguette, il faut entourer les mors des pinces ou la partie saillante du corps étranger avec de la cire ou de la filasse. Ces moyens ne peuvent suffire quand il y a implantation profonde d'une tige et dans l'épaisseur des parties molles et dans l'épaisseur des os. Comme pour l'extraction des corps étrangers qui pénètrent les os du crâne, on peut se voir dans la nécessité d'agir sur les parties molles, sur les os pour dégager ces corps. Ainsi on pratiquera des débridements, on trépanera; on en viendra même à l'emploi d'instruments capables de déployer une grande force,

Digitized by Google

comme *les tenailles de maréchal* dont parle Paré pour extraire un bout de lame à François de Lorraine (1).

Je vais bientôt citer un fait qui prouve que, pour extraire de la poitrine une baguette de fusil, on fut obligé d'employer un instrument que M. Charrière fabriqua sur le modèle de l'élévatoire que Paré employait dans le traitement des plaies de tête. C'était une espèce de trépied, avec une tige centrale qui mordait sur la baguette de fusil qui était restée hors de la poitrine. Cette tige centrale était une vis qui traversait deux rondelles, lesquelles réunissaient les pieds de l'instrument; en dévissant cette tige, on arrachait la baguette qui ainsi faisait corps avec cette même tige. Les corps étrangers qui se rapprochent plus ou moins de celui dont il vient d'être question offrent en général plus ou moins de prise; mais il en est, les balles sont de ce nombre, qui, cachés dans l'épaisseur des parois thoraciques en partie en dedans, ne peuvent être facilement saisis. Ces corps étrangers peuvent même être enfoncés davantage par une manœuvre mal dirigée. Ainsi des balles en partie contenues dans l'épaisseur du sternum peuvent être complétement enfoncées dans le médiastin, si on cherche à les saisir avec le tire-fond directement appliqué. Il faut ici avec un fort scalpel pratiquer des entailles au sternum et accrocher ensuite la balle avec un élévatoire aplati et recourbé à son extrémité. Ce même instrument servira pour extraire une balle qui sera logée dans un espace intercostal, et retenue par les deux côtes qui bornent cet espace. Je me suis servi une fois avec le plus grand avantage de ma spatule cannelée en argent : c'était pour extraire une balle en partie dans l'épaisseur du sternum, en partie dans la poitrine. Après avoir avec un fort bistouri agrandi l'ouverture osseuse, je recourbai la spatule en argent de manière à en faire un fort crochet qui me servit parfaitement à l'extraction du projectile.

Les manœuvres nécessaires à l'extraction des corps étrangers peuvent être dangereuses, soit à cause des efforts auxquels on est obligé de se livrer, ce qui offense plus ou moins les parties, soit parce que le corps étranger, traversant un organe très important, peut, étant retiré, laisser béante l'ouverture qu'il a pratiquée à un gros vaisseau, d'où une hémorrhagie mortelle. Ces considérations et les faits prouvant que des corps étrangers d'un très grand

(1) *Œuvres complètes* d'A. Paré, Paris, 1840, t. II, p. 25. — Voy. aussi t. III, p. 42 de mon ouvrage.

Digitized by Google

volume sont restés très longtemps dans la poitrine sans nuire, ont conduit quelques chirurgiens à conseiller d'attendre assez de temps pour que d'un côté la suppuration vînt pour ainsi dire dégager le corps étranger, d'un autre que la solidification du caillot provoqué dans le vaisseau par la présence du même corps étranger, fût assez solide pour empêcher l'hémorrhagie redoutée.

Mais s'il est des faits qui viennent à l'appui de cette pratique, il en est de bien plus nombreux qui la condamnent. Ainsi il est très vrai que chez un forçat, mort à l'hôpital de Rochefort, on trouva dans la poitrine un fragment de fleuret qui avait traversé cette cavité de part en part. Une extrémité était plantée dans l'épaisseur d'une côte, l'autre était fichée dans le corps d'une vertèbre. La partie moyenne était en rapport avec un poumon et entourée de concrétions calcaires. La blessure datait de quinze ans, et avant l'autopsie personne n'avait soupçonné la présence de ce corps étranger dans la poitrine de cet homme. Mais à côté de ce fait, prouvant la tolérance du poumon, on peut en grouper de très malheureux. Dans les deux suivants, on verra que les chirurgiens ont regretté d'adopter le système de l'expectation.

En 1836, un officier de la garde nationale de Paris fut blessé par un camarade, en faisant l'exercice à feu. Une baguette de fusil l'atteignit à la région dorsale gauche et pénétra de 15 pouces de profondeur obliquement vers la mamelle droite. Le bout postérieur de l'instrument faisait une saillie de 5 pouces. En comparant cette baguette avec une autre de même calibre, M. Velpeau put savoir qu'elle avait traversé la poitrine de part en part. Il n'y avait encore aucun accident, et le malade souffrait peu. Comme il était possible que l'aorte, la veine cave ou même le cœur fussent lésés, on craignait que l'extraction du corps étranger ne donnât lieu à une hémorrhagie promptement mortelle; tandis que si la vie pouvait se continuer un certain temps avec la présence de ce corps, ainsi que l'observation de M. Guillon en donnait l'espoir, l'instrument aurait servi de bouchon aux gros vaisseaux blessés; puis le travail de suppuration, s'établissant autour de la baguette, permettrait plus tard une extraction plus facile. On attendit donc : cependant on fit fabriquer par M. Charrière l'instrument dont j'ai déjà parlé. On n'eut pas le temps de s'en servir, car le blessé succomba le quatrième jour, sans avoir offert aucun symptôme ni de pneumonie ni d'épanchement.

Digitized by Google

L'autopsie montra que ni le cœur ni aucun gros vaisseau n'avait été intéressé. La baguette avait traversé le corps d'une vertèbre, puis, rasant la veine cave inférieure et passant sous la base du cœur, elle avait traversé le poumon et s'arrêtait entre les côtes, au côté droit, sous la mamelle. Sur le cadavre on parvint à retirer l'instrument avec l'élévatoire dont j'ai déjà donné une idée. M. Velpeau se demanda avec raison si, en supposant qu'on eût à sa disposition un moyen convenable, on devrait se décider à extraire immédiatement le corps étranger. Il dit qu'à l'avenir il prendra ce parti plutôt que de confier l'ébranlement d'une semblable tige aux efforts de l'organisme. (*Médecine opératoire*, tom. III, p. 232.)

Dans le *Manuel de chirurgie d'armée* de Percy, il est question d'un bout de fleuret entré de 7 pouces dans la poitrine. Il avait percé la poitrine au niveau du tendon du grand pectoral, avait traversé le poumon. et un de ses bouts était implanté dans le corps de la quatrième vertèbre dorsale, tandis que l'autre était rompu au ras de la peau. On parvint à l'extraire à l'aide de fortes pinces à branches courbes. L'évulsion fut difficile, et malheureusement, dit Percy, faite *trop tard*, car le blessé mourut bientôt après (page 123).

La seconde catégorie de corps étrangers comprend ceux qui n'offrent aucune prise à l'extérieur. Ils sont complétement emprisonnés dans la poitrine. Dans cette seconde catégorie il faut distinguer ceux dont la présence peut être facilement constatée par le doigt ou une sonde de femme, ou ceux qui sont complétement perdus dans le thorax. Ainsi il n'est pas rare, après une blessure de la poitrine par un coup de feu, de pouvoir constater par l'ouverture faite aux parois pectorales la présence d'une balle dans les couches les plus extérieures d'un poumon. Il est évident qu'alors on doit procéder immédiatement à l'extraction du corps étranger. Mais quand la balle, tombée dans la cavité pleurale ou profondément nichée dans un poumon ou dans le cœur, est hors de la portée des moyens explorateurs ordinaires et directs, quand le corps étranger est ainsi perdu, mieux vaut s'abstenir de recherches longues, douloureuses et capables de produire les plus graves accidents.

Ici il y a et plus de difficultés et plus de danger que pour l'extraction des corps étrangers de la première catégorie, ceux qui font saillie à l'extérieur, lesquels offrent une prise plus ou moins facile. De plus, les faits relatifs à des balles restées longtemps innocentes dans la poitrine, ces faits sont assez nombreux: nouveau motif

Digitized by Google

pour attendre l'élimination spontanée, soit par la plaie qui sera restée fistuleuse, soit par une contre-ouverture pratiquée par la nature elle-même, soit plus tard par le chirurgien. On peut aussi espérer la formation d'un kyste autour du corps étranger.

Voici des exemples qui prouvent à quels efforts l'organisme se livre quelquefois pour débarrasser la poitrine des corps étrangers qu'elle contient. Pigray a vu un soldat qui, blessé à la poitrine par un coup de feu, rendit, après trois ou quatre mois de guérison, et par la trachée-artère, un fragment de l'une de ses côtes d'assez bonne grosseur, long de trois doigts, et cet homme n'a eu depuis aucun accident. Ainsi, l'élimination ici a porté, non sur le corps étranger qui a fait la blessure, mais sur celui qui s'est formé par le fait de la blessure. On va voir maintenant l'élimination s'effectuer par une double voie. Jacob Guy écrivait à Fabrice de Hilden qu'un de ses amis, s'étant battu en duel, reçut un coup d'épée proche l'aisselle droite, entre les seconde et troisième côtes sternales. Après la guérison, il subsista une grande difficulté pour respirer, avec toux continuelle, expuition d'un pus fétide et verdâtre. Le malade rapportait comme digne de remarque, que deux tentes de charpie qu'on mettait dans la plaie, ne s'étaient pas trouvées sur l'appareil à deux pansements différents, le chirurgien ayant négligé de les entourer d'un fil retenu au dehors. Trois mois s'étaient écoulés depuis la guérison, lorsqu'un matin, à l'aide d'un violent effort de toux, les deux tentes furent rejetées avec une énorme quantité de pus. Une année après, une douleur se fit sentir de nouveau sur ce côté de la poitrine, la cicatrice extérieure s'enflamma, se souleva, et devint le siége d'un abcès qu'on ouvrit pour évacuer beaucoup de pus. Cette seconde plaie resta longtemps fistuleuse, se cicatrisa, et la santé redevint parfaite.

Les faits suivants prouvent que les choses ne se passent pas toujours aussi bien. M. Paulet a publié qu'un trompette, âgé de trente ans, reçut à la bataille de Jemmapes un coup de feu à la partie latérale droite de la poitrine; la balle était sortie après avoir parcouru un trajet de quatre pouces. Le malade reçut tous les soins que son état exigeait, et rejoignit son corps deux mois après. Il conservait une toux presque continuelle qui le força, au bout de dix mois, d'entrer à l'hôpital de Maubeuge, où il mourut. A l'ouverture de son cadavre, M. Paulet trouva, près d'une portion de poumon tombée en suppuration, un morceau de drap long d'un pouce, qui avait

Digitized by Google

été entraîné par la balle. La plèvre, intacte, offrait deux cicatrices qui indiquaient l'entrée et la sortie de la balle. (Leveillé, *Nouvelle doctrine chirurgicale*, t. III.)

L'illustre Broussais a rapporté qu'un caporal, âgé de trente-trois ans, fut blessé, le 28 thermidor de l'an VII, d'un coup de balle qui l'atteignit à la partie supérieure latérale du cou. L'œsophage, divisé, laissait sortir par la plaie les aliments et les boissons. Le malade, guéri, reprit son service en conservant une toux sèche, plus forte le soir que la nuit. Ces accidents, joints à la dyspnée, firent succomber ce soldat sept ans après. On trouva le poumon gauche hépatisé, siége de sept ou huit foyers purulents. La balle, logée dans un kyste à la base de cet organe, fut découverte et parut lisse, sans altération de surface.

Ainsi, si les observations de Pigray, de Jacob Tulpius, prouvent que le poumon blessé s'était réuni primitivement à la plèvre costale; que l'esquille et les tentes de charpie étaient tombées dans un foyer purulent, d'où elles ont été dirigées vers les bronches; d'un autre côté, les faits cités par Paulet et Broussais démontrent les effets fâcheux de corps étrangers tombés ou poussés dans la cavité du thorax.

Des corps étrangers moins volumineux, mais en plus grand nombre, peuvent produire des effets aussi malheureux. M. Kéraudren a rapporté un exemple fort remarquable dans ce genre. Une femme, tenant un étui rempli d'aiguilles, reçut de son mari un coup de pied qui porta cet étui contre son sein, dans l'épaisseur duquel beaucoup d'aiguilles pénétrèrent; quelques unes furent immédiatement retirées, mais le plus grand nombre échappèrent aux recherches, et après avoir cheminé dans le tissu cellulaire, vinrent se présenter à toutes les régions de la surface du corps, d'où elles furent extraites. On croyait cette femme guérie, lorsqu'elle fut prise de symptômes de phthisie pulmonaire et mourut. A l'ouverture du corps, on trouva dans le poumon une aiguille au milieu d'un foyer purulent qu'elle avait déterminé.

Ce dernier fait prouve que des corps étrangers des parois de la poitrine peuvent cheminer et aller dans les poumons. Mais il faut savoir aussi qu'il en est qui peuvent suivre une marche contraire. Ainsi, on a vu des balles qui, d'abord profondément ensevelies dans un parenchyme pulmonaire et inaccessibles à nos moyens ordinaires d'exploration, ont été mobilisées par le fait de la suppura-

Digitized by Google

tion et se sont rapprochées de l'ouverture extérieure, ou des poumons, où elles étaient chatonnées, sont tombées dans la plèvre, où elles sont devenues libres.

Si l'ouverture d'entrée d'un corps étranger est restée fistuleuse, on peut par elle se livrer de temps en temps à des explorations qui, à cette période de la blessure, n'ont pas les dangers des explorations qu'on peut faire dans les premiers temps. Si le corps étranger est voisin de l'ouverture de la poitrine, on peut l'extraire après quelques débridements; si, tombé dans le sac pleural, il est plus ou moins éloigné, on peut, à l'imitation de Larrey, pratiquer une contre-ouverture, en se guidant par la sonde exploratrice. Mais même, pour les explorations et l'opération tardives, il faut que des accidents vous y invitent; il faut ou que l'ouverture fistuleuse produise assez d'humeur pour épuiser le sujet, ou que des phlegmasies répétées de la poitrine indiquent qu'il y a une cause matérielle à supprimer.

ARTICLE IV.

Épanchements dans le thorax.

On a appelé *empyème* tous les épanchements du thorax : on a donné le même nom à l'opération destinée à évacuer ces épanchements. C'est dans ce dernier sens seulement que je me servirai du mot empyème.

Variétés. Les épanchements thoraciques diffèrent par leur nature, par leur quantité, par leur siége, par la lésion qui les a produits.

1° Il y a des épanchements de sang, *hémothorax;* d'air, *pneumothorax;* de sérosité, *hydrothorax;* de pus, *pyothorax.* 2° L'épanchement peut remplir les deux plèvres ou une seule; ou bien seulement une partie de ce sac séreux. 3° Les lésions qui produisent l'épanchement sont variées; elles peuvent se rapporter à trois chefs qui ont servi de divisions à ce livre : *Lésions physiques et vitales, Lésions organiques.* 4° Quant au siége de ces lésions, elles sont dans la poitrine, sur les confins de la poitrine, ou loin de la poitrine. Reprenons chacune de ces divisions pour étudier les épanchements.

1° *Nature des épanchements.* Les épanchements sont formés par le sang ou l'air, ou bien par des humeurs morbides.

Digitized by Google

Les premiers épanchements sont d'une nature moins irritante; mais comme ils s'opèrent ordinairement avec rapidité, il y a compression brusque et dangereuse pour les poumons. De plus, le sang épanché est en moins dans la circulation; de là une faiblesse, des syncopes, enfin l'état que je décrirai bientôt et qui annonce une hémorrhagie interne.

L'*épanchement de sang* est dû à des lésions traumatiques; de là un diagnostic plus facile, car la cause est connue; de là aussi moins de craintes pour les accidents consécutifs, plus de chances pour l'opération de l'empyème. Le principal, c'est d'arrêter l'hémorrhagie. Dès qu'on y est parvenu, on peut espérer de voir l'épanchement repris par l'absorption, évacué par la plaie du thorax, qui s'ouvre spontanément, ou bien par une contre-ouverture, ce qui constitue l'opération de l'empyème. D'ailleurs, voici les symptômes qui annoncent la formation, l'existence d'un épanchement sanguin, c'est-à-dire l'hémorrhagie interne; puis ceux qui indiquent que cette hémorrhagie est arrêtée : deux points du diagnostic bien essentiels.

La formation, l'existence d'une hémorrhagie dans la poitrine, sont accusées par une respiration courte, suffocante, suspirieuse, par des angoisses qui obligent le malade à changer à chaque instant de position. La plus supportable est celle dans laquelle le tronc est fléchi et courbé en avant. S'il est couché sur le dos, il faut que les cuisses soient fléchies et les épaules relevées; il ne peut rester sur le côté sain. Il y a une pesanteur très incommode vers la région du diaphragme, et quelquefois des douleurs vives aux attaches de ce muscle; quelquefois aussi, lorsque le malade change de position ou qu'on lui imprime une secousse un peu violente, il a, ainsi que le chirurgien, la sensation d'un liquide qui se déplace dans la poitrine. Il y a matité sur les points de la poitrine occupés par le liquide. L'auscultation fournit ensuite d'une manière assez précise les moyens de distinguer encore la hauteur et l'étendue de l'épanchement. Le côté de la poitrine où se fait l'épanchement est plus large, plus évasé que le côté opposé, les côtes sont moins obliques, les intervalles intercostaux sont agrandis, la région hypochondriaque du même côté est plus saillante et plus volumineuse que l'autre. Quelquefois il se forme au bout de quelques jours, vers l'angle des fausses côtes, une ecchymose d'un violet clair. Quelques auteurs, depuis Valentin, considèrent cette tache sanguine, mais

Digitized by Google

à tort, comme un signe constant des épanchements de sang de la poitrine. Enfin, le pouls du blessé est petit, concentré, fréquent; la peau est pâle, froide, et si l'épanchement est considérable ou s'il se fait avec rapidité, il se joint à ces symptômes des sueurs visqueuses sur le cou, la face, et les forces diminuent rapidement. Tels sont les signes généraux de l'épanchement sanguin; mais il est tout aussi important que le chirurgien s'attache à bien connaître la source de cette hémorrhagie interne. Ainsi, si elle provient d'un vaisseau que l'on peut atteindre, de l'artère intercostale, de la mammaire interne, par exemple, etc., il faut, sans hésiter, dilater la plaie pour arrêter par des moyens directs la source de l'épanchement, saisir le vaisseau, le lier ou bien le comprimer; tandis que, dans le cas contraire, il ne reste au chirurgien d'autre ressource que de clore exactement la plaie, afin de retenir dans la poitrine le liquide épanché jusqu'à ce que sa présence ait apporté pendant un assez long temps un obstacle à l'issue d'une nouvelle quantité de sang par la plaie du vaisseau, et amené l'oblitération de celui-ci. Plus tard on s'occupera des moyens de guérir cet épanchement.

La cessation de l'hémorrhagie est caractérisée par le retour de la chaleur aux extrémités, par la force et la régularité du pouls, par la cessation du spasme. Si ces phénomènes de réaction se manifestent quelque temps après la blessure, huit, dix heures, tout porte à croire que les vaisseaux blessés ne fournissent plus de sang.

L'épanchement d'air ou de gaz, le pneumo-thorax, qui a été bien étudié par Itard, peut être dû à une cause traumatique; il vient alors de la plaie du poumon ou de celle du thorax. Cet emphysème est causé par le manque de rapport entre la blessure du poumon et celle de la poitrine, par l'oblitération ou le rétrécissement de celle-ci. Il n'est pas difficile à reconnaître, et la dilatation de la plaie thoracique le dissipe promptement.

L'épanchement d'air peut provenir d'une cause non traumatique; alors l'air passe dans les plèvres à la faveur d'une solution de continuité des poumons produite par un effort considérable d'expiration ou par la fonte d'un tubercule et par l'ulcération consécutive du parenchyme pulmonaire. Le danger de l'épanchement s'augmente du danger des lésions profondes qui lui ont donné lieu. Cet épanchement, en effet, n'est alors qu'un épiphénomène de l'emphysème pulmonaire ou de la phthisie dont le sujet est affecté. Il n'y a pas d'opération à proposer contre de pareils épanchements, car toutes celles qu'on ten-

Digitized by Google

terait ne feraient que hâter le terme fatal de pareilles maladies.

J'en dirai autant des gaz qui se forment dans la poitrine, lesquels peuvent être produits par la décomposition des humeurs morbides qui y ont été produites ou qui y ont été versées. Si ces gaz sont en petite quantité et dus à des lésions vitales seulement, ils seront tôt ou tard absorbés : l'opération est donc inutile. S'ils sont dus à une lésion organique, l'opération est encore inutile, car les gaz se reproduiront; d'ailleurs, le malade est voué alors à une mort certaine.

Les épanchements d'humeurs morbides sont ordinairement produits par des lésions qui déterminent une vive inflammation soit de la plèvre, soit du médiastin, des parois pectorales, du foie, etc.

L'*épanchement de pus* constitue, selon certains chirurgiens, le véritable empyème. Le pus est l'humeur qui irrite le plus la plèvre; cette irritation est en raison directe de la quantité et de la qualité de cette humeur, et varie selon la manière dont le liquide arrive dans la poitrine. Celui qui se forme dans la plèvre elle-même détermine des accidents moins prompts; mais il est généralement en grande quantité, car il suppose une inflammation étendue. Le pus qui vient de plus ou moins loin arrive brusquement ; les organes sont pour ainsi dire surpris; ils éprouvent instantanément une irritation et une compression très dangereuses. Cette humeur n'arrive pas toujours par flots et en nature; quelquefois ce n'est que par petits filets qu'elle s'insinue dans la poitrine, ou bien elle est pour ainsi dire filtrée par la plèvre. On observe ce phénomène à la suite des abcès multiples, résultat de la phlébite, surtout quand ils occupent la superficie des poumons : alors le pus arrive dans la poitrine sous forme de rosée.

Quelles que soient l'origine, la source, la quantité du pus, c'est toujours un épanchement des plus graves. Il est rare qu'autour de lui l'inflammation soit complétement éteinte. Or, l'introduction de l'air exaspère cette inflammation, et le pus, altéré par son contact avec ce gaz, donnera à cette inflammation des caractères encore plus graves. L'opération de l'empyème offre donc peu de chances de succès dans l'épanchement de pus. Je dirai bientôt les cas où elle peut réussir.

L'*épanchement de sérosité*, l'hydrothorax, n'a jamais les qualités irritantes du pus; mais comme la sérosité est ordinairement en très grande quantité, et que sa production est due à une lésion grave d'un organe essentiel à la vie, on échoue ordinairement quand on pratique

Digitized by Google

l'empyème pour évacuer cette humeur. Quand on a réussi, c'est qu'il existait, comme le disaient les anciens, un hydrothorax essentiel, c'est-à-dire sans lésion apparente d'un organe. C'est tout simplement alors un changement brusque dans la vitalité de la plèvre qui a promptement exagéré son exhalation, sans compromettre sa trame organique. On a vu de pareilles hydropisies de poitrine survenues, après un séjour peu prolongé dans une cave, pendant que le corps était en transpiration. Des pleurésies dites latentes peuvent aussi donner lieu à la production d'une certaine quantité de sérosité; et quand cette quantité n'est pas considérable, quand le poumon est sain, si on fait de bonne heure l'opération, on peut réussir. Dans le plus grand nombre des cas d'empyème pour un épanchement suite d'une pleurésie, c'est l'état du poumon qui empêche la guérison : ou il est enflammé, ou bien comprimé par l'épanchement; il est, dans ces derniers cas, rapetissé, relégué dans un coin de la poitrine, ou il est retenu par des brides, de fausses membranes organisées qui, une fois le liquide évacué, ne lui permettent plus de revenir sur lui-même. Cette circonstance fait ressortir la nécessité de ne pas trop retarder l'opération, une fois qu'elle est jugée nécessaire.

2° *Quantité des épanchements.* Plus l'épanchement est considérable, moins l'empyème a de chances de succès. On ne doit rien espérer quand une humeur quelconque remplit les deux plèvres. Deux opérations faites dans la même séance ou à quelques jours de distance ne feraient que rendre plus prompte la mort qui menace le sujet. Il y a plus de chances de succès quand l'épanchement est borné à une partie de la plèvre, quand des adhérences salutaires l'ont limité; c'est ce qui arrive quelquefois après une pleurésie partielle. Mais il y a alors des loges des kystes qui peuvent être nombreux; l'opération n'en vide qu'un. On voit quelquefois un abcès formé dans les environs de la poitrine s'ouvrir dans cette cavité; mais, avant la perforation de ses parois, des adhérences se forment et préparent une cavité nouvelle dans la cavité de la poitrine : c'est dans cette enceinte surnuméraire qu'est versé le pus. Une opération qui tend à l'évacuer a beaucoup de chances de succès. Il arrive que l'adhérence se fait sur tous les points qui sont en rapport avec l'abcès qui doit s'ouvrir dans la poitrine; alors la plèvre pariétale et la plèvre pulmonaire se confondent : de contiguës, elles deviennent continues, la cavité est donc effacée; le pus passe alors des parois thoraciques

Digitized by Google

ou du foie dans les poumons, ou de ces organes dans les parois thoraciques, et cela sans s'épancher dans la plèvre.

3° *Nature des lésions qui donnent lieu aux épanchements.* La nature des lésions qui ont produit l'épanchement a une grande influence sur le sort des malades et le succès de l'opération. S'il s'agit d'une lésion physique, une fois les accidents primitifs conjurés, on doit espérer. Les épanchements de sang produits par cette lésion peuvent cependant devenir graves par la quantité de ce liquide, par les altérations produites par sa présence et sa décomposition. J'ai déjà dit que l'empyème ne devrait être fait que quand on avait la certitude que l'hémorrhagie était arrêtée. Cependant il est des auteurs, Dupuytren entre autres, qui conseillent de pratiquer une contre-ouverture à la poitrine ou d'élargir l'ouverture qui existe, quand de gros vaisseaux ont été divisés, quand l'abondance et la rapidité de l'épanchement, par la suffocation qu'ils déterminent, compromettent immédiatement les jours du malade. C'est là une blessure mortelle, quoi qu'on fasse; qu'on débride la plaie ou qu'on en pratique une seconde, qu'on opère des succions, enfin quelle que soit l'opération à laquelle on ait recours, on ne sauve pas le malade, puisqu'il doit nécessairement succomber, et on peut être accusé de sa mort: c'est ce qui est arrivé. Quand ce sont des lésions vitales ou des dégénérescences qui donnent lieu à l'épanchement, celui-ci n'est qu'un effet quelquefois peu important: en le faisant disparaître, on ne détruit pas la cause; quelquefois au contraire on augmente son activité. Ainsi, quand c'est une pleurésie violente qui a produit l'épanchement, une perforation de la poitrine pendant son existence ne peut que l'augmenter; et si c'est une lésion organique du cœur ou de gros vaisseaux, l'épanchement se reproduira bien plus considérable encore; même alors, si son évacuation est trop prompte, le malade peut être jeté dans une prostration dont il ne pourra se relever.

4° *Siége des lésions qui donnent lieu aux épanchements.* J'ai dit, en commençant, quand j'ai établi les divisions de cet article, que les lésions qui produisaient les épanchements pouvaient être dans la poitrine, sur les confins de la poitrine, loin de la poitrine. Eh bien! plus éloignée sera la lésion qui est la source de l'épanchement, moins il y aura de chances de succès pour l'empyème, à moins qu'on ne puisse agir directement et efficacement sur ces lésions, avant ou après l'opération.

Digitized by Google

Symptômes et marche, terminaisons des épanchements. Les symptômes produits par les épanchements ont été décrits en parlant de ceux formés par le sang; mais, pour que le diagnostic soit complet, on ajoutera les circonstances qui tiennent à la cause, aux antécédents; enfin, on imitera les médecins, on profitera de leurs moyens d'exploration. Je répéterai encore qu'un seul signe ne devra jamais suffire pour faire prendre au chirurgien une grave détermination; car, considérés isolément, tous sont trompeurs, qu'ils soient fournis par l'auscultation, par la percussion, par la menstruation, ou qu'ils aient été puisés dans l'observation des troubles fonctionnels.

Il est important, pour le chirurgien, d'étudier la marche, les terminaisons des épanchements thoraciques, car cette étude peut lui fournir des renseignements précieux pour la médecine opératoire.

Le plus souvent l'épanchement, au lieu de diminuer, augmente; cette augmentation tient à deux causes: 1° la source première donne toujours; c'est une artère qui continue à fournir du sang ou un foyer morbide qui ne cesse de sécréter de l'humeur; 2° ou bien l'épanchement est augmenté par les produits d'une pleurésie née sous l'influence de l'épanchement lui-même, car un liquide qui est étranger à la plèvre doit plus ou moins l'enflammer; le malade meurt alors de la pleurésie, ou bien par la compression qui produit les accidents de l'asphyxie.

Il arrive aussi, mais ce cas est plus rare, que l'épanchement est complétement résorbé; le liquide passe, comme on le dit, dans le torrent de la circulation. Alors on observe ou non des phénomènes de crise. Quand ils ont lieu, ils se manifestent par une forte transpiration, des urines abondantes et troubles, des selles copieuses, etc.; en même temps, la respiration devient toujours plus facile, l'appétit, les forces renaissent. C'est là la terminaison la plus désirable, la plus heureuse.

Une terminaison qui l'est moins, et qui cependant a amené quelquefois une cure radicale, c'est l'élimination de l'épanchement par voie d'ulcération. Tantôt le poumon est perforé, et le liquide passant dans les bronches est expectoré; tantôt ce sont les parois pectorales qui subissent la solution de continuité spontanée, et le liquide est versé sur la peau. Dans les deux cas, il y a communication plus ou moins directe, plus ou moins facile de l'air avec la cavité qui contenait le liquide; de là une inflammation ou toute

Digitized by Google

autre modification pathologique de cette poche qui compromet le succès de l'opération que la nature vient d'exécuter. Cependant la perforation des parois pectorales réussit plus souvent que la perforation des poumons. Je connais un cas d'épanchement qui se vidait en même temps par les bronches et par une ouverture spontanée de la paroi pectorale. Quand l'humeur coulait par cette ouverture, les crachats étaient moins abondants et moins fétides. Quand, au contraire, cette ouverture ne donnait pas, les crachats étaient très abondants et fétides. La malade (car c'était une femme) guérit, mais elle conserva pendant longtemps une maigreur extrême. Les épanchements qui se terminent ainsi passent par une fistule dont la durée est longue. Elle est quelquefois intarissable, ce qui prouve que des rapports convenables entre les poumons et les parois thoraciques n'ont pu s'établir. Plus d'un malade, affecté d'une de ces fistules, qui a été considéré comme guéri, a fini par périr d'une consomption produite par le foyer contenu dans la poitrine qui n'a jamais pu s'effacer.

Quand l'épanchement est absorbé ou éliminé par quelque voie que ce soit, il faut que le vide laissé par le liquide soit rempli; si la poitrine a été ouverte, si les poumons ont été ulcérés, enfin si l'air pénètre dans la plèvre, c'est lui qui prend la place de l'épanchement, du moins en grande partie. Cependant, quand tout se passe bien, il est lui-même absorbé ou expulsé. Alors, si le poumon n'est pas hépatisé, s'il ne contient pas de nombreux tubercules, enfin s'il est perméable à l'air et que la fausse membrane qui l'enveloppe ne soit pas trop consistante, il se dilate, se développe et va au-devant des côtes, qui elles-mêmes sont affaissées et portées vers la ligne médiane. Le retrait des parois de la poitrine joint à une dilatation du parenchyme pulmonaire sont les conditions indispensables pour que la guérison d'un épanchement ait lieu. Pour cela, il faut du temps, une certaine lenteur dans la pénétration de l'air. S'il se précipite brusquement dans la plèvre, dans les poumons, il peut survenir dans ces organes et la membrane qui les enveloppe une vive inflammation qui compromettra les jours du malade.

Ces dernières remarques doivent être présentes à l'esprit du chirurgien qui a à faire choix du procédé convenable pour évacuer le liquide contenu dans la poitrine.

Digitized by Google

Opérations qui consistent à ouvrir un point de la poitrine pour évacuer un épanchement.

Ces opérations sont l'empyème et la paracentèse du péricarde.

I. EMPYÈME.

Cette opération, pratiquée dans les temps les plus anciens, a eu des époques de faveur et de défaveur qui ne sont pas suffisamment justifiées. L'histoire du trépan offre la même particularité. Tour à tour on a proscrit et remis en honneur ces opérations. Aujourd'hui l'opération de l'empyème est acquise pour toujours à la pratique, au même titre et à des titres supérieurs à ceux du trépan, puisqu'elle réussit beaucoup plus souvent. Ainsi, récemment, on voit M. Davies réussir huit fois sur dix opérations (1), M. Rey quatre fois sur six (2), et M. Trousseau en est venu à opérer dans les cas aigus d'hydrothorax, tant sa confiance est grande en cette opération. D'autres praticiens ont été moins heureux; mais presque tous ceux qui ont une haute position chirurgicale et une clientèle nombreuse comptent quelques succès. M. Velpeau et M. Bégin sont parmi les exceptés; celui-ci pratiqua quatre fois l'empyème sans sauver un malade, et M. Velpeau dit l'avoir pratiquée ou vu pratiquer douze fois dans les hôpitaux de Paris, et tous les malades ont succombé. Ces insuccès et bien d'autres engageront les jeunes chirurgiens à être très réservés dans les entreprises de ce genre et dans les promesses à faire quand une fois l'opération sera décidée.

Selon la plupart des auteurs, si la médication interne a échoué, ainsi que les révulsifs employés sous toutes les formes, si on n'a pas la certitude d'une lésion organique du poumon, et que le malade soit sous le coup d'une suffocation voisine de l'asphyxie, on se décidera à pratiquer l'opération de l'empyème. Il est des chirurgiens qui conseillent d'attendre moins longtemps; car plus on attend, plus le poumon se rapetisse et plus les fausses membranes qui l'entourent se fortifient, toutes conditions défavorables au succès de l'opération. Mais si on se hâte trop, on peut ouvrir une poitrine pour vider un liquide qui aurait pu être résorbé, ce qui est une grande faute, car l'opération de l'empyème est toujours une opération grave.

(1) *Encyclographie médicale.*

(2) *Archives de médecine*, 2e série, tom. XII.

Digitized by Google

L'empyème consiste à pratiquer aux parois de la poitrine une ouverture destinée à évacuer l'humeur contenue dans les plèvres. Hippocrate préférait opérer du côté gauche. Il faisait la ponction avec l'instrument tranchant, ne vidait le pus que peu à peu, atteignait le point le plus déclive, se servait aussi du cautère actuel; mais il préférait le fer. Hippocrate recommandait de la faire de bonne heure. Il injectait un liquide le matin et enlevait l'injection le soir; il évacuait l'injection du soir le lendemain matin; c'était de l'huile ou du vin. Quand il venait du pus mêlé à un peu de sang, c'était un bon signe. Celse confond l'empyème avec les abcès des parois de la poitrine; il conseille plusieurs trous. Les plus anciens Arabes la recommandent avec le fer chaud : Rhazès préfère un cautère actuel et pointu. Il y avait des Arabes qui, comme Paul d'Egine, préféraient faire sur la poitrine des escarres, sans la percer. La renaissance de la chirurgie au XVIe siècle est favorable à l'empyème, et Fabrice d'Aquapendente la remet tout-à-fait en honneur. Comme pour la laryngotomie, il y arriva par l'anatomie. Il conseillait d'ouvrir entre la cinquième et la sixième côte, en comptant de haut en bas.

Sur quel point de la poitrine doit-on pratiquer cette ouverture? Selon les modernes, de deux choses l'une : ou l'épanchement est circonscrit, ou il remplit la plèvre : dans le premier cas, c'est sur le point des parois de la poitrine en rapport avec l'épanchement qu'on pratiquera l'ouverture; c'est alors le *lieu de nécessité*. Ce lieu sera circonscrit par les moyens d'exploration que nous possédons aujourd'hui, et que les médecins ont si bien perfectionnés. C'est surtout la percussion qui sera ici d'un grand secours.

Quand l'épanchement est général, on choisit, dit-on, le point de la poitrine qui doit être ouvert : c'est le *lieu d'élection*, lequel varie singulièrement depuis qu'on pratique l'empyème. Mais ce lieu n'est pas tout-à-fait au choix du chirurgien, puisqu'il est ordonné de préférer le point le plus déclive, celui qui expose le moins à la blessure des artères qui rampent dans les parois de la poitrine, celui qui n'oblige pas l'instrument à traverser une grande épaisseur de muscles.

Pour la plupart des auteurs, tels que Sabatier, Boyer, Pelletan, le point qu'il faut ouvrir correspond, à gauche, à l'espace qui sépare la troisième de la quatrième côte; à droite, à l'espace qui sépare la quatrième de la cinquième (on compte les côtes de bas en haut). En perçant la poitrine sur ce point, on évite le diaphragme, et comme

Digitized by Google

il est un peu plus relevé par le foie à droite, on opère un peu plus haut de ce côté. Chopart et Desault ne craignaient pas de perforer la poitrine, à gauche, entre la deuxième et la troisième côte, et à droite entre la troisième et la quatrième (toujours en comptant de bas en haut). Je crois qu'on fera bien de suivre le premier conseil. J'ai vu à Marseille un opérateur qui imita Desault : le trocart traversa le diaphragme et pénétra dans l'abdomen. Après l'opération, si le sujet reste couché, le liquide s'écoulera tout aussi bien, même par une ouverture faite bien au-dessus de l'endroit indiqué, car alors le point déclive est changé. Pour éviter les artères, les masses musculaires et les tendons du sacro-spinal, on pratiquera l'ouverture à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de l'espace compris entre le milieu du sternum et les apophyses épineuses des vertèbres. En incisant ou en enfonçant un instrument perforateur, on se rapprochera le plus possible du bord inférieur de la côte supérieure.

L'embonpoint du sujet ou l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané peut empêcher de reconnaître les côtes par le toucher et de les compter : si la main du malade est appliquée devant le sternum, le bras pendant sur le côté du tronc, alors le coude un peu poussé en arrière correspond au point qui doit être percé. Ce guide me paraît peu sûr ; je préférerais percer à six travers de doigt au-dessous de l'angle du scapulum. Il vaudrait mieux encore reconnaître le bord abdominal de la base de la poitrine, et opérer, du côté droit à trois pouces, du côté gauche à deux pouces et demi au-dessus de ce bord.

Restent à examiner les moyens destinés à ouvrir la poitrine. Faut-il employer les caustiques, le bistouri ou le trois-quarts? Comment incisera-t-on? Faut-il agir sur les parties molles, ou trépaner une côte?

Empyème par le caustique. Je pense qu'on a trop dédaigné dans ces derniers temps la cautérisation. Galien, les Arabes, Ambroise Paré, ne l'ont pas jugée indigne de figurer dans la pratique; M. Gouraud est le seul chirurgien de nos jours qui s'en montre partisan; il s'en sert surtout pour vider les empyèmes de pus. Si, avec un fer rouge, on veut ouvrir d'un coup la poitrine comme on le fait avec le trocart, la cautérisation n'a aucun avantage sur les autres moyens; si on cautérise les parois de la poitrine pour former une escarre qui comprendra toute l'épaisseur de ces parois, l'opération

Digitized by Google

aura une trop longue durée et on déterminera une inflammation qui pourra s'étendre à la plèvre. D'ailleurs, l'ouverture produite par le caustique serait trop grande, elle s'oblitérerait difficilement et finirait par donner accès à une trop forte colonne d'air. Comme il faudrait pour cela une grande quantité de caustiques, il pourrait s'étendre du côté des côtes, les nécroser, ce qui serait une complication qui amènerait des suites fâcheuses.

Empyème en plusieurs temps de l'auteur. Je propose donc d'appliquer encore ici les principes que j'ai développés dans mes Prolégomènes; je propose de pratiquer l'opération en *plusieurs temps*. Dans le premier temps, on fera une incision qui divisera la peau, le tissu cellulaire sous-jacent, les muscles, y compris l'intercostal externe; dès que l'intercostal interne sera découvert, on arrêtera l'opération, et on remplira la plaie de charpie. Quand elle commencera à suppurer, on placera un fragment de potasse gros comme celui qui est employé pour ouvrir un cautère à un seul pois; on laissera ce caustique s'épuiser. Il en résultera une escarre de la largeur d'une pièce de dix sous, laquelle se détachera peu à peu; à mesure que l'élimination aura lieu, il se fera par les bords de ce disque mortifié, d'abord un suintement, puis un écoulement qui s'opérera avec lenteur, ce qui donnera le temps au poumon de revenir vers les parois pectorales et à celles-ci de se rapprocher des parenchymes. L'introduction de l'air dans les organes se fera progressivement, et il n'en entrera pas ou que très peu dans la plèvre par l'ouverture des parois pectorales. Si le premier fragment de potasse ne produisait pas une escarre assez profonde pour ouvrir la poitrine, après sa chute on en placerait un autre qui, cette fois, serait un peu plus petit que le premier, ou bien on ne le laisserait pas s'épuiser.

Voilà la méthode qui se rapproche le plus des procédés de la nature, et celle qui donnera les plus beaux résultats, si on veut l'employer d'après mes principes. Je dois dire ici que depuis la publication de ma première édition, j'ai lu dans Sprengel (1) que Louis Mercator voulait qu'on incisât d'abord jusqu'à la plèvre pour laisser ensuite le pus transsuder. Dupuytren, d'ailleurs, faisait des ponctions successives : il incisait d'abord les parties molles, puis avec un trois-quarts ouvrait la poitrine; à mesure qu'elle se vidait,

(1) *Histoire de la médecine*, trad. par A. J. L. Jourdan, Paris, 1820, tome IX, page 20.

Digitized by Google

il arrêtait la sortie, et comme il avait fait une ponction sous-cutanée, il détruisait le parallélisme.

Empyème par incision, par ponction des parties molles. Si on ne veut pas se servir du caustique, on peut employer le bistouri ou le trois-quarts. Avec le bistouri, on incise la peau dans la direction du bord supérieur de la côte inférieure; on divise les tissus couche par couche, en se rapprochant plus du bord costal indiqué que du bord inférieur de la côte supérieure; on pénètre peu à peu dans la poitrine. Si des adhérences ont réuni le poumon à la paroi pectorale attaquée, on peut reconnaître cet organe. L'index doit toujours précéder le bistouri : s'il constate l'existence d'un foyer dans le poumon (1), on ouvre ce foyer; sinon on arrête l'opération et on réunit la plaie pour en pratiquer une autre sur un point où la percussion indiquera mieux l'existence du liquide.

Si on rencontre le foyer, on ne laisse échapper que la moitié du liquide, on porte dans la plaie une mèche que l'on enlève quand on veut rendre l'écoulement plus considérable. On panse à plat. Si l'humeur s'altère, on peut faire des injections émollientes, puis excitantes. M. Pelletan a inventé un appareil avec lequel on établit dans la poitrine un courant de liquide qui déterge bien le foyer. Si on veut faire une ponction, au lieu de se servir d'un trois-quarts, on peut imiter M. Velpeau, qui plonge dans la poitrine un bistouri tenu en deuxième ou troisième position; alors si on veut agrandir l'incision, on le fera en retirant l'instrument. Mais par ce procédé on risque de blesser le poumon s'il y a des adhérences, et l'artère intercostale s'il y a œdème des tissus sous-cutanés.

Empyème par trépanation d'une cote. Elle avait déjà été proposée par Hippocrate. M. Reybard l'a remise en honneur avec des modifications avantageuses. Ce chirurgien perfore le milieu d'une côte avec un poinçon ou un trois-quarts; il place à demeure une canule ou un tuyau de plume. A l'extrémité d'un de ces tubes est fixé un morceau d'intestin de chat qu'on mouille et qui pend devant le tube solide. Cet appareil ainsi disposé, il en résulte que le liquide contenu dans la poitrine sort quand le malade fait un effort, tandis que l'air ne peut pénétrer dans la poitrine, parce que le tube flexible s'applique sur celui qui est solide et le bouche. Ce procédé permet

(1) Voyez dans le premier volume la manière de produire et de reconnaître la fluctuation avec un seul doigt.

Digitized by Google

donc de laisser la poitrine en vidange sans craindre l'introduction de l'air. M. Récamier plonge la canule dans une tasse préalablement remplie de liquide, ce qui empêche l'air de pénétrer dans la poitrine par cette canule. M. Trousseau s'est servi avec avantage de ce moyen.

Dans ces derniers temps on a agité la question de savoir si les grandes incisions de la poitrine valaient mieux que les petites. L'Académie de médecine de Paris semble avoir penché pour la première opinion (1). Je reviendrai sur cette question.

Empyèmes avec les ventouses. Selon M. Stanski, l'observation et l'expérience prouvant que ni la maladie par sa nature ou par son siége, ni l'opération en elle-même, ne sont nécessairement mortelles; connaissant en outre que, quel que soit le procédé employé jusqu'à présent pour l'opération de l'empyème, les malades finissent le plus souvent par succomber à une époque plus ou moins éloignée de l'opération, il était d'une grande importance pour la question de l'empyème : « 1° de rechercher les causes des nombreux insuccès de ces opérations; 2° les causes reconnues, trouver les moyens qui pouvaient rendre cette opération plus avantageuse.

Les chirurgiens, connaissant les résultats les plus ordinaires de cette opération, la retardent aussi longtemps qu'ils conservent l'espoir de guérir le malade par un autre moyen, et ce n'est qu'en désespoir de cause qu'ils se décident à ouvrir la poitrine. Mais alors les malades sont tellement affaiblis par une longue maladie, par la gêne dans les fonctions d'un organe si important pour l'hématose, par une fièvre lente et quelquefois par le dévoiement, qu'ils se trouvent dans un état bien défavorable pour pouvoir résister à une longue opération. En outre, les fausses membranes qui couvrent le poumon malade ont le temps de s'épaissir, de s'organiser, et en se consolidant peu à peu elles brident le poumon déjà comprimé par le liquide de l'épanchement et atrophié par son inaction. Si, dans cet état de choses, on donne issue au liquide que contient la cavité pleurale, on ouvre un vaste foyer dont la surface produit une grande quantité de matière purulente, dont la sécrétion ne peut être arrêtée que par l'oblitération du foyer. Or, les parois de ce foyer, formées d'une part par les parois thoraciques, de l'autre par la surface externe du poumon fortement maintenu par les fausses membranes, se

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1836, tome I, page 120 et suiv.

Digitized by Google

trouvent dans des conditions peu favorables pour pouvoir se rapprocher au point d'effacer le foyer. Alors une longue et intarissable suppuration épuise peu à peu les forces du malade; bientôt la fièvre hectique et le dévoiement le réduisent au dernier marasme, et le malade succombe à l'épuisement.

Il devient donc évident que l'indication la plus essentielle à remplir dans cette affection serait de faciliter l'oblitération du foyer en rapprochant ses parois. Par ce moyen, on empêcherait l'entrée de l'air dans la cavité thoracique, et par suite l'altération du pus; mais surtout on tarirait la source d'une sécrétion abondante des matières purulentes, cause première du dépérissement et de la mort du malade.

Pour remplir ces indications, M. Stanski a proposé un appareil qui se compose : 1° d'un trois-quarts dont la canule est un peu grosse, pour qu'elle puisse laisser passer non seulement de la sérosité, mais aussi un liquide un peu plus épais, comme du pus. Son extrémité interne est munie d'un trou latéral, pour que le liquide puisse s'écouler, même dans le cas où la canule appuierait sur la surface du poumon. Son extrémité externe a un robinet qu'on ferme à volonté; 2° sur cette canule glisse une plaque légèrement recourbée sur sa face interne, pour bien s'appliquer sur la poitrine; elle a un curseur pour pouvoir être fixée sur la canule; 3° à la canule s'adapte une grande ventouse qui sert à recevoir le liquide qui pourrait s'écouler de la poitrine. En outre, il y a deux robinets au moyen desquels on peut la fermer et y faire le vide; de cette manière, on calcule la quantité d'air qu'on a retiré de la poitrine, pourvu qu'on connaisse la capacité de la ventouse; 4° un tuyau en gomme élastique, qui sert pour amortir les secousses qu'on pourrait imprimer au malade avec la pompe foulante.

Après avoir fait la ponction avec le trois-quarts, on laisse couler le liquide librement par la canule, on adapte la ventouse et on fait le vide dans la poitrine, et par ce moyen l'air arrivant par les bronches, repousse par son poids les poumons qui tendront à se rapprocher des côtes; de cette manière on obtiendra plus facilement l'oblitération du foyer.

« Il est vrai, dit M. Stanski, que je n'ai pas encore eu d'occasion d'essayer l'appareil sur le vivant; mais les essais que j'en ai faits sur des sujets morts par suite d'épanchements pleurétiques ont été tout-à-fait en faveur de mon idée, et on a pu voir qu'en faisant un vide

Digitized by Google

dans la poitrine avec mon instrument, en même temps qu'un stylet a été introduit à frottement dans la cavité thoracique et appuyé sur le poumon malade, on a pu voir que ce stylet a été repoussé à chaque coup de piston de la pompe foulante. Si par suite des essais consécutifs on obtient des résultats avantageux à l'aide de mon appareil, on pourra l'employer non seulement dans les cas graves, mais on pourra le mettre en usage dans les pleurésies qui, en se prolongeant trop longtemps, pourraient menacer l'existence des malades. » Ainsi voilà déjà M. Stanski qui, en 1839, a une tendance à arriver aux applications de l'empyème aux épanchements aigus, comme le fait actuellement M. Trousseau.

Il est évident que M. Stanski fait ici comme tous les inventeurs: sans le vouloir, il exagère les dangers des autres méthodes, et les avantages de celle qu'il croit avoir imaginée. Il est très vrai qu'après l'opération de l'empyème il y a dans la poitrine une cavité anormale, un vaste abcès dont les parois, ne pouvant se rapprocher, deviennent un foyer de sécrétion, d'exhalation, d'absorption, qui, continuellement en rapport avec l'air, est continuellement en état d'irritation. Mais, en faisant le vide dans cette cavité, le poumon et les côtes sont obligés, forcés de se rapprocher, la colonne d'air qui entre dans le parenchyme n'a plus de contre-poids ; elle doit donc se précipiter avec force dans le poumon et le violenter; de là des désordres dans son tissu.

M. Stanski n'a appliqué son appareil que sur le cadavre; tout s'est bien passé, parce que sur le cadavre les poumons ne s'irritent ou ne s'enflamment pas. A part ces petites exagérations, il y a dans le travail de ce médecin des idées qui pourront éclairer une question de médecine opératoire encore bien obscure. L'empyème est peut-être une des opérations qui inspirent le moins de confiance aux chirurgiens. Dupuytren avait un épanchement pleurétique; il avait songé à le vider; il avait même pris jour pour cela avec Sanson. Cependant, après avoir bien réfléchi, il dit à ce chirurgien : « Écoutez, Sanson, le liquide est contenu dans plusieurs poches, vous n'en videriez qu'une; ainsi autant vaut-il ne pas opérer. » La vérité était que Dupuytren n'avait aucune confiance en cette opération (1).

Appréciation. Dans le jugement à porter sur les procédés d'empyème et le choix à faire entre eux, on ne doit jamais perdre de vue

(1) Voyez mon *Essai historique sur Dupuytren.*

Digitized by Google

les considérations pathologiques que j'ai présentées sur la nature des épanchements, leur siége, leur abondance, l'état des parenchymes contenus dans la poitrine, etc. C'est ici surtout que la nécessité de joindre la pathologie à la médecine opératoire se manifeste d'une manière bien évidente. En effet, loin de la pathologie, l'empyème pourrait être jugée à un point de vue complétement théorique, et par conséquent absolu, qui obligerait à accepter un procédé à l'exclusion des autres. En présence des distinctions pathologiques, on est conduit tout naturellement à accepter les principaux procédés, parce que les indications sont différentes. Ainsi, tous les procédés peuvent se grouper sous deux chefs : 1° grande incision, sans crainte de faire pénétrer l'air dans le sac des plèvres; 2° petites incisions obliques ou ponctions, avec l'intention d'empêcher l'air de pénétrer dans la séreuse. Eh bien, il est évident que certains épanchements ne peuvent être traités que par le premier procédé. Ainsi, quand le sang a séjourné, s'il est solidifié en partie, et que l'indication s'offre de l'éliminer, il est impossible de songer à une piqûre oblique, à une ponction, même avec le trocart ordinaire. Ici il faudra, s'il y a déjà une plaie, l'agrandir, si elle est déclive; ou si on pratique une contre-ouverture, elle devra être large; car non seulement elle devra donner passage à des caillots, mais il faudra que, par elle, on pratique des injections plus ou moins détersives. On devra quelquefois agir de la même manière pour certains épanchements de pus. Il est certain qu'un épanchement d'air, un épanchement considérable de sérosité, pourront être vidés par une ouverture d'un très petit diamètre, par une plaie très oblique et, comme on le dit aujourd'hui, sous-cutanée. C'est pour ces épanchements considérables de sérosité qu'on peut faire usage de la canule qui se termine par un conduit flexible en baudruche, laquelle formera soupape, comme l'a enseigné M. Reybard. On pourra plonger le conduit qui fera sortir la sérosité dans une tasse pleine de liquide, de manière qu'il sera de toute impossibilité à l'air de pénétrer dans les plèvres par l'ouverture faite à la poitrine. C'est le procédé de M. Récamier, mis en usage avec succès par M. Trousseau. Il est évident aussi que, quand la suffocation est imminente, quand l'orthopnée est prononcée, on aurait le plus grand tort de songer au procédé qui se rattache à ma méthode des opérations en deux temps, laquelle est surtout applicable aux cas chroniques. C'est dans les cas aigus, quand le poumon est promptement comprimé,

Digitized by Google

c'est quand il faut, passez-moi cette expression, *débrider la poitrine*, que les procédés en un seul temps doivent surtout être employés. Mais, par cela même que ce sont ici des cas aigus, des cas où la plèvre est vivement enflammée, c'est surtout alors qu'il faut ouvrir cette séreuse comme on ouvre une synoviale; on doit agir, enfin, pour la poitrine comme on le fait pour une articulation, éviter, autant que possible, la pénétration de l'air dans le foyer de l'épanchement. Dans tous les cas il faut craindre que le moyen employé pour soustraire la poitrine à une cause de désordre n'en produise un pire. Ainsi, si on enlève une cause de compression pour la remplacer par une cause d'irritation, dans le plus grand nombre des cas, on fera plus de bien que de mal. Ce que je dis ici ne doit pas aller jusqu'à faire proscrire toute injection, même légèrement irritante, dans le lieu de l'épanchement, puisque, en parlant des épanchements sanguins, j'ai déjà montré l'utilité des injections. Je crois, en effet, que, dans certains épanchements sanguins anciens, avec une espèce de décomposition du sang, même dans certains épanchements purulents, il y aura avantage non seulement d'ouvrir largement la poitrine, mais de pratiquer quelquefois plusieurs ouvertures, il y aura avantage aussi à pratiquer des injections dans le foyer sanguin et purulent.

II. PARANCENTÈSE DU PÉRICARDE.

Rien de plus rare que les véritables indications de l'ouverture de la séreuse du cœur. Cette circonstance et l'extrême gravité d'une pareille opération font qu'on s'en occupe peu dans les livres de chirurgie. Cependant je dois ici faire connaître les principaux procédés par lesquels on peut arriver dans le péricarde pour le vider.

On peut parvenir au péricarde contenant un liquide par trois voies : 1° par le cinquième ou le sixième espace intercostal; 2° par l'espace qui existe entre l'appendice xiphoïde et le cartilage de la septième côte; 3° par une perforation du sternum.

A. *Procédé de Desault.* Ce chirurgien employa le premier procédé; il incisa, entre la sixième et la septième côte gauches, le point qui correspond au sommet du cœur. Il attaqua successivement la peau, l'entrecroisement des muscles grand oblique et pectoral et les intercostaux. L'artère mammaire interne fut donc laissée à une certaine distance en dedans. Après cela, Desault porta les doigts dans la poitrine; ils trouvèrent une poche pleine de liquide; le chirur-

Digitized by Google

gien l'ouvrit avec un bistouri mousse, croyant ouvrir le péricarde. Mais, l'opéré étant mort quelques jours après, l'autopsie prouva qu'il s'agissait d'un kyste. Le péricarde était au-dessous du kyste. On aurait donc pu ouvrir la séreuse du cœur par ce procédé. On lui a reproché d'exposer à la blessure de la plèvre.

B. *Procédé de Larrey.* Ce chirurgien voulait qu'on arrivât au péricarde en traversant de bas en haut l'espace qui sépare le bord gauche de l'appendice xiphoïde du cartilage de la dernière vraie côte. On épargnerait ainsi la plèvre, le péritoine, le diaphragme et l'artère mammaire interne, et on pénétrerait dans la poche séro-fibreuse par le point le plus déclive.

C. *Procédé de Skielderup.* C'est d'abord une large trépanation du sternum, un peu au-dessous de l'endroit où le cartilage de la cinquième côte s'unit au sternum. Sur ce point, existe entre les lames du médiastin un intervalle triangulaire placé un peu plus à gauche qu'à droite, et point de tissu cellulaire. On trouve à la base de cet espace triangulaire le diaphragme; son sommet est au niveau de la cinquième côte. Le périoste, qui revêt la face postérieure du sternum, présente à la couronne qui a divisé l'os une assez forte résistance, ce qui fait que l'opérateur averti dépose le trépan; il évite ainsi plus sûrement la lésion de la plèvre. Dès que le disque osseux est enlevé, on introduit le doigt indicateur, pour reconnaître la fluctuation du liquide contenu dans le péricarde. On fait alors pencher le malade en avant; on attend que le péricarde s'engage dans l'ouverture du sternum; c'est alors qu'on l'ouvre avec un bistouri étroit dirigé par le doigt index.

Le procédé de Larrey a paru mériter la préférence. Déjà Richerand avait proposé de tenter la cure radicale de l'hydropisie du péricarde par des injections irritantes. Ce serait là une nouvelle cause d'aggravation de la ponction, qui, par elle-même, est déjà bien grave. Je crois qu'il sera toujours plus prudent de se borner d'abord à l'ouverture simple du sac séreux, et de n'en venir à l'irriter par une injection que si réellement il y avait plusieurs récidives, et si l'épanchement menaçait les jours du malade; dans ce cas l'injection légèrement iodée devrait avoir la préférence.

Digitized by Google

CHAPITRE II.

LÉSIONS VITALES DU THORAX.

Les lésions vitales du thorax sont presque entièrement du domaine médical. On sait toute la place que tiennent en pathologie interne les phlegmasies pectorales. Je n'ai ici à exposer que quelques données sur les abcès de cette région, et encore devrai-je me borner à ceux qui naissent ou arrivent dans les parois thoraciques et dans le médiastin antérieur. En effet, ces collections peuvent dans ces deux circonstances exiger des opérations dont le succès dépend souvent de la promptitude avec laquelle on se décide à les pratiquer; il faut donc que le jeune chirurgien soit ici renseigné sur cette partie de la pathologie de la poitrine.

ARTICLE Ier.

Abcès du thorax.

Les abcès en question sont extra ou intra-thoraciques : ils sont dans les parois de la poitrine ou dans cette cavité même.

I. ABCÈS EXTRA-THORACIQUES.

Le pus qui s'accumule dans les parois de la poitrine vient de plus ou moins loin ou se forme dans ces parois mêmes. Le pus qui arrive tout fait dans ces parois provient de l'intérieur même du thorax ou de l'abdomen, ou bien il a pour point de départ le creux de l'aisselle ou une partie du cou, ordinairement un des côtés de cette région. Des abcès qui se forment et naissent dans l'épaisseur des parois pectorales, il en est qui succèdent à des contusions, à des plaies non pénétrantes, à des érysipèles, à des caries ou à des nécroses des côtes, du sternum ou de la colonne vertébrale; il en est d'autres auxquels on ne peut attribuer aucune cause extérieure, aucune altération primitive des os; on les considère alors comme des abcès critiques ou scrofuleux.

Voici la marche et les terminaisons des abcès extra-thoraciques : Si le foyer se forme d'abord dans la couche sous-cutanée, le pus tend naturellement à se porter à l'extérieur, et l'abcès présente les caractères des abcès des autres régions; mais si le pus s'accumule sous l'un des larges muscles du thorax, qu'il arrive de l'ais-

Digitized by Google

selle ou du cou, ou bien qu'il ait été formé sur place, il envahit les lames cellulaires qui unissent ces muscles, opère des décollements étendus, et parvient jusque sur la face externe des côtes et des muscles intercostaux. Quoi qu'on en dise, par son contact prolongé cette tumeur peut irriter, enflammer le périoste des côtes, les muscles intercostaux, et arriver jusqu'à la face externe de la plèvre, seule barrière alors qui l'empêche de pénétrer tout-à-fait dans le thorax. Ces abcès profonds qui s'étendent jusqu'à la face externe de la plèvre sont peu fréquents : on ne les observe guère que lorsque le périoste de la côte ou l'os lui-même a été le point de départ de l'inflammation suppurative. Le plus souvent quand on dit qu'il y a abcès froids, il y a altération de l'os d'où vient la suppuration. C'est alors surtout qu'on doit craindre de voir le pus se porter vers la cavité pectorale, car ce pus est tout d'abord en contact avec la plèvre. Heureusement l'inflammation qui naît alors donne de la consistance, et épaissit la lamelle celluleuse qui double la surface externe de la plèvre; cette séreuse se trouve donc protégée par une couche pseudo-membraneuse contre le pus dont la marche est limitée dans ce sens. Aussi voit-on rarement les abcès de la paroi thoracique, même les plus profonds, pénétrer dans le sac des plèvres. Il est plus fréquent de voir des épanchements pleurétiques ouverts à l'extérieur. Les abcès des parois pectorales qui succèdent à une perforation de la plèvre sont observés dans deux circonstances différentes : 1° il y a un épanchement purulent ou séro-purulent dans la cavité de la membrane, et le feuillet pariétal venant à s'ulcérer, une partie du liquide passe à travers l'ouverture dans l'épaisseur des parties molles pour donner lieu à un abcès extérieur qui communique avec l'épanchement : c'est un mode de terminaison spontanée des épanchements pleurétiques; 2° d'autres fois, et dans des circonstances plus rares, il n'y a point de liquides épanchés dans la plèvre, et le point de départ de l'abcès pariétal est dans une maladie du poumon. Cette seconde terminaison a été vue plusieurs fois chez des phthisiques parvenus à une période avancée de la maladie. Le pus d'une caverne pulmonaire a ulcéré les deux feuillets de la plèvre, qui se trouvent réunis et adhérents dans le point correspondant à la caverne, le liquide ne pouvant s'épancher dans la cavité de la membrane séreuse, se porte au dehors. Ces abcès thoraciques offrent un caractère tout particulier; car comme ils communiquent avec le tissu pulmonaire, et que l'air peut arriver jusqu'à eux, ils permet-

Digitized by Google

tent d'entendre, si on les ausculte, de la crépitation ou du gargouillement. (Marjolin, *Dictionnaire de médecine en* 21 *vol.*)

II. ABCÈS INTRA-THORACIQUES.

Je ne dois étudier ici que les abcès du médiastin antérieur, les vomiques et les autres abcès intra-thoraciques étant du domaine de la pathologie médicale. Les collections qui se forment derrière le sternum peuvent avoir leur source, comme les abcès que je viens d'étudier, au cou, à l'abdomen; ce sont alors des espèces d'abcès par congestion : ou bien ils dépendent de lésions physiques ou de lésions vitales du sternum. Ce sont les contusions avec ou sans plaies, les fractures de cause directe du sternum, qui sont le plus fréquemment suivies d'abcès du médiastin. Les caries, les nécroses, vénériennes ou non, de cet os, viennent en second ordre. Enfin, par exception, l'inflammation peut naître dans le médiastin sans que la cause, physique ou non, ait agi d'abord sur le sternum.

Les effets, ou pour mieux dire les accidents des lésions physiques du sternum peuvent n'éclater qu'à une époque plus ou moins éloignée de l'action de la cause vulnérante. Cette circonstance établit une analogie entre les lésions de cette partie du thorax et celles du crâne. Si on relit l'histoire que j'ai tracée de ces dernières lésions, on verra qu'un fait remarquable est celui du temps qui se passe quelquefois entre le moment où la *plaie de tête* a été produite, et celui où l'accident principal, l'épanchement dans le crâne, a eu lieu. Ici comme au crâne, un os a été atteint et son inflammation ne se manifeste que plus ou moins tard, après la violence qui a été exercée sur lui; les parties qu'il protège, recevant l'inflammation de lui, ne sont souvent affectées que plus ou moins tardivement. Ainsi les exemples plus ou moins semblables à celui-ci observé par J.-L. Petit, ne sont pas extrêmement rares : Un cavalier eut le sternum atteint par une balle qui dénuda seulement l'os; après cette blessure, ce soldat regagna le champ de bataille. Mais, le cinquième jour, sur le point contus se déclarèrent de la rougeur, de la tuméfaction, une douleur qui devint profonde; il y eut de plus difficulté de respirer. J.-L. Petit, pour sauver ce malade, fut obligé d'employer les moyens les plus énergiques. On peut voir, dans un travail publié en 1845 dans les *Annales de la chirurgie* par M. Guépratte, les effets tardifs de l'ostéite très bien exposés. Mais la marche des lésions physiques du ster-

Digitized by Google

num n'offre pas toujours ce temps d'arrêt. On voit au contraire dans le plus grand nombre des cas l'inflammation procéder de l'extérieur à l'intérieur sans suspendre sa marche, surtout quand elle doit aboutir à un abcès du médiastin. Le malade se plaint d'abord d'une douleur plus ou moins vive sur le lieu de la blessure; elle devient toujours plus profonde; elle semble enfin se fixer derrière le sternum, et avec la réaction d'une inflammation aiguë on observe des difficultés de respirer, des frissons irréguliers. Il y a tuméfaction, boursouflement des parties molles qui recouvrent le sternum, absolument comme on l'observe sur le cuir chevelu, quand, après une plaie de tête, il se forme sous le crâne un épanchement.

Quand l'abcès s'ouvre entre des cartilages très voisins du sternum, on voit apparaître une tumeur quelquefois très circonscrite qui s'ouvre et donne issue à une quantité extraordinaire du pus, quantité nullement en rapport avec le volume de la tumeur. Ainsi on peut lire (1) dans mon observation de phlébite avec abcès métastatique dans le médiastin antérieur que le pus se fit jour par une très petite tumeur; un stylet introduit par l'ouverture spontanée alla très profondément, et cette ouverture émit de l'humeur pendant un temps considérable.

Si l'abcès du médiastin est le produit d'une carie du sternum, cet abcès profond est ordinairement consécutif à un abcès sous-cutané, très lent à se former, très lent à s'ouvrir.

Quelle que soit la source du pus, il peut se faire jour directement par un point divisé du sternum; ou bien au-dessus de cet os, sur la fourchette; ou au-dessous, sur un des côtés de l'appendice xiphoïde, comme je l'ai déjà dit, entre deux cartilages qui s'insèrent sur les côtés du sternum. Il est très rare que le pus s'épanche dans un sac pleural : cependant La Martinière prouve par la neuvième observation de son mémoire, que cette terminaison est possible, et de plus qu'elle a été mortelle.

Quel que soit le point de la poitrine qui subisse la perforation, le pus de l'abcès du médiastin s'évacuera difficilement. Il est évident, toutefois, que l'ouverture supérieure sera moins favorable à l'évacuation. Mais comme les parois de l'abcès reviennent difficilement sur elles-mêmes puisqu'elles sont constituées en partie par des os lesquels sont malades soit primitivement, soit consécutivement, même avec une ouverture sur un point déclive, on peut

(1) *Annales de la chirurgie*, Paris, 1845, t. XV, p. 11.

Digitized by Google

voir la suppuration se prolonger extraordinairement. Le pus par son accumulation dans le médiastin peut agir sur le cœur, les poumons, soit physiquement, soit pathologiquement après avoir alors par son contact enflammé les enveloppes de ces organes. Il s'ensuit aussi des dénudations osseuses, des dénudations de l'artère mammaire interne, laquelle peut être perforée et fournir du sang au point de produire une hémorrhagie mortelle.

Au point de vue du diagnostic, on divisera les suppurations en question en deux variétés : une, celle qui comprend le plus grand nombre de cas, est avec abcès extérieur sur l'un des points du sternum : il s'ouvre de lui-même, ou on l'ouvre après y avoir constaté la fluctuation. A la quantité du pus qui s'écoule à chaque pansement, à l'altération du sternum, à la profondeur à laquelle peut pénétrer un stylet introduit dans l'ouverture, on soupçonne que le pus provient des parties situées derrière l'os ; on en a la certitude, si on tient compte de la gêne longtemps éprouvée par le malade, de la douleur fixe qui a existé derrière le sternum, et enfin des signes généraux qui annoncent d'ordinaire la formation d'un abcès. Ici donc le diagnostic n'est point difficile, et on peut l'établir encore d'une manière au moins très probable, même avant l'ouverture de l'abcès extérieur, si on a noté avec soin les phases de la maladie.

Mais si l'abcès du médiastin ne s'est pas encore manifesté extérieurement, et s'il a débuté dans le médiastin même sous l'influence d'une cause interne, ou bien s'il est dû à une lésion de la face profonde de l'os, on est réduit à de simples conjectures fournies par les signes dits rationnels. Cependant, dit M. Marjolin, c'est cette variété de l'abcès qu'il importerait le plus de connaître ; car, comme le pus n'a aucune tendance à se creuser un chemin au dehors, il devient plus urgent d'invoquer la médecine opératoire pour qu'elle ouvre une voie artificielle. Heureusement cette variété d'abcès est rare : il y a presque toujours la circonstance d'un coup, d'une contusion, d'une plaie, d'une fracture, ou bien l'existence d'une altération profonde du sternum, qui éclairent le diagnostic.

Voici la conduite que le chirurgien doit tenir si une tumeur proémine extérieurement : on doit d'abord l'ouvrir pour donner sortie au pus qu'elle contient ; on examinera ensuite si cette ouverture est suffisante pour vider tout l'abcès. Si le pus s'échappe facilement, la poche est vidée entièrement, et, à l'aide de quelques injections détersives, on peut obtenir une cure radicale. Mais j'ai déjà dit que

Digitized by Google

l'évacuation complète de ces abcès est très difficile : ou l'ouverture est trop étroite, ou le foyer n'y répond pas. Le malade, momentanément soulagé, ne tarde pas à éprouver des symptômes aussi graves que ceux qu'il éprouvait avant l'incision de la tumeur, parce que le pus n'est pas entièrement évacué, et parce que souvent il se renouvelle. Il faut donc ou agrandir la perforation de l'os avec un couteau lenticulaire ou un fort scalpel, ou bien il faut trépaner le sternum.

alien osa emporter une portion de cet os, qui était cariée : cependant, malgré le conseil qu'en avait donné Colombus et l'opinion de Freind, malgré deux opérations exécutées par Purmann, il n'y avait rien de bien établi sur ce point de médecine opératoire. Il fallait d'abord répondre à la question de diagnostic de Paré, qui se demande avec raison comment on arrive à connaître que l'humeur épanchée est contenue entre les deux lames du médiastin. J.-L. Petit, et surtout La Martinière, ayant tracé la marche et les symptômes de cette variété d'abcès, la médecine opératoire en devint plus sûre; et depuis leurs travaux, surtout ceux du dernier, la trépanation du sternum est devenue pour ainsi dire classique : on l'a faite avec succès soit dans des cas où la perforation spontanée de l'os ne suffisait point pour donner issue au pus épanché, soit dans des cas où l'os était resté presque intact au-devant de l'abcès. Le procédé est le même que celui que j'ai décrit pour la trépanation du crâne.

CHAPITRE III.

LÉSIONS ORGANIQUES DU THORAX.

Ce que je devais dire sur les lésions organiques du thorax ne pouvait porter que sur cette catégorie de lésions qui naissent autour du thorax et non dans cette cavité; or j'ai longuement traité de ces lésions en parlant des maladies des mamelles. Il y a cependant un fait important au point de vue de la médecine opératoire, que je dois enregistrer ici, et cela tel qu'il est rapporté par un contemporain digne en tout point de l'exposer et de le juger. Voici donc la version de M. Marjolin.

Un officier de santé de Nemours, M. Michelleau, portait depuis trois ans, sur la région du cœur, une tumeur cancéreuse qui fut attaquée à deux reprises et inutilement par l'extirpation et la cautérisation. Lorsque le malade vint à Paris se confier aux soins de M. Ri-

Digitized by Google

cherand, un énorme fongus s'élevait du fond de la plaie, et il fut décidé qu'on pratiquerait la résection des côtes, car on pensa que le cancer avait pris originairement naissance dans l'un de ses os. Richerand, assisté de Dupuytren, commença l'opération en agrandissant la plaie par une incision cruciale. On découvrit la sixième côte, qui parut gonflée et rugueuse dans une étendue de quatre pouces. On coupa les muscles intercostaux sur chacun de ses bords, et avec une petite scie on scia cet os aux deux extrémités de la portion malade. Ensuite, on put séparer ce fragment de côte de la plèvre assez facilement, parce que la séreuse sous-jacente était devenue très épaisse. On enleva de la même manière une portion de la septième côte; et alors, trouvant la plèvre malade et cancéreuse dans une grande étendue, Richerand en retrancha tout ce qui était dégénéré. Il n'y eut ni hémorrhagie, ni même écoulement de sang; mais il s'offrit une autre circonstance. L'air extérieur s'engouffra dans le côté gauche du thorax, repoussant le poumon de ce côté, tandis que le cœur, seulement enveloppé de son péricarde, venait battre à l'ouverture de la poitrine. On parvint à faire cesser l'anxiété et l'oppression qui furent la suite de cet accident, en recouvrant la plaie d'une large compresse huilée et en soutenant cette toile par des compresses et un bandage médiocrement serré.

Les suites de cette opération furent aussi heureuses qu'on pouvait l'espérer. Après douze heures d'une extrême difficulté à respirer, et après une nuit que le courageux malade fut obligé de passer entière assis sur son séant, les accidents se dissipèrent graduellement. On leva le premier appareil au bout de quatre jours révolus, époque à laquelle le péricarde et le poumon avaient commencé à contracter des adhérences avec le pourtour de l'ouverture pratiquée au-devant du cœur. Du sixième au dixième jour, il s'écoula une sérosité assez abondante par la plaie; et vers le dix-huitième jour, les adhérences profondes étaient assez bien établies pour empêcher toute entrée de l'air dans la poitrine. La cicatrisation continua de se faire régulièrement, et le malade quitta Paris avant qu'elle fût complétement achevée.

Cette observation fit une grande sensation à l'époque où elle fut publiée. L'Académie des sciences l'accueillit avec de grands éloges, et Percy, rapporteur de cette société, sur le travail de Richerand, considéra l'opération de ce chirurgien comme une brillante conquête dont devait s'enorgueillir la chirurgie française. Cependant,

Digitized by Google

depuis lors, nul ne s'est senti le courage d'imiter la conduite de Richerand, et nous pensons, pour notre part, qu'il y a témérité à aller chercher un cancer caché derrière la paroi pectorale. Outre le péril immédiat que fait courir au malade une si effrayante opération, n'oublions pas que l'incertitude où l'on est toujours sur la limite profonde de la dégénérescence en pareil cas peut exposer le chirurgien à laisser l'opération inachevée, ou bien le malade à une récidive à peu près certaine. (*Dict. en* 21 *vol.*, nouv. édit., art. POITRINE.)

SECTION VINGT-SIXIÈME.

MALADIES DE L'ABDOMEN.

Les maladies de l'abdomen sont très variées et très fréquentes. Si je devais les étudier toutes, ce chapitre serait certainement le plus étendu de mon livre. Mais je ne dois spécialement traiter ici que des lésions physiques de cette région; et même je ne parlerai, dans cette section, que des lésions de l'appareil digestif et de ses annexes, les lésions chirurgicales des organes de la reproduction et de la sécrétion urinaire devant avoir chacune des sections à part.

CHAPITRE PREMIER.

LÉSIONS PHYSIQUES DE L'ABDOMEN.

Ce chapitre sera un des plus importants de mon livre, car après avoir parlé des différentes plaies, j'aurai à traiter des hernies, article auquel on ne trouvera pas un développement exagéré si on considère l'extrême fréquence de la maladie que je désire faire connaître aux jeunes praticiens dans ses détails les plus importants.

ARTICLE Ier.

Plaies.

J'étudierai d'abord les plaies *non pénétrantes* et *pénétrantes*, puis les plaies *sous-cutanées*. Je ne répéterai pas ce que j'ai déjà dit sur l'importance de la distinction en plaies non pénétrantes et pénétrantes, que je conserve parce qu'elle est consacrée par le temps. Ici ce serait le péritoine qui établirait la limite entre les deux ordres de plaies. Moins qu'ailleurs, cette limite sert à faire distinguer les

Digitized by Google

plaies très graves de celles qui le sont moins; car, sans toucher à la séreuse, un corps vulnérant peut atteindre des organes dont la lésion est aussi grave que celle des viscères pour la blessure desquels il faut diviser le péritoine. Ainsi, les reins et même une partie du cœcum peuvent être blessés sans que le péritoine le soit, et cependant ces blessures sont très graves. Mais j'ai dit que je respectais l'âge de cette division, qui, après ce peu de mots, n'a plus d'inconvénient.

I. PLAIES NON PÉNÉTRANTES.

Quand ces plaies n'occupent qu'une partie de l'épaisseur des parois abdominales, et qu'elles ne sont ni nombreuses ni très étendues, elles n'offrent pas plus de danger que les plaies ordinaires et n'obligent à aucun changement dans la thérapeutique. Cependant on a vu de légères piqûres de l'abdomen, comme celles du fleuret, donner lieu à des phénomènes nerveux qui semblaient indiquer une lésion grave des viscères abdominaux. Boyer a surtout fait remarquer cette particularité, et je l'ai signalée en parlant des plaies non pénétrantes de la poitrine. Comme à cette dernière région, les accidents nerveux des plaies superficielles de l'abdomen peuvent être attribués à la lésion d'un nerf des parois de la cavité, à la peur ou à un état moral quelconque du blessé. Des calmants à l'intérieur, des cataplasmes laudanisés appliqués sur la région blessée, des paroles rassurantes font ordinairement cesser cet état nerveux. On pourrait avoir recours aux bains entiers, si ces premiers moyens échouaient.

Il est des plaies non pénétrantes qui ont été considérées comme ayant un certain degré de gravité; ce seraient celles qui auraient beaucoup de profondeur et une grande étendue. Elles pourraient alors donner lieu à une inflammation du tissu cellulaire qui entre dans la composition de ces parois. Cette inflammation peut revêtir le caractère du phlegmon diffus, ce qui est un grave accident; elle se communiquerait au péritoine, ce qui assimilerait la plaie non pénétrante aux plaies que je vais bientôt étudier. On observerait surtout ces complications quand une épée, un fleuret, dirigés obliquement, ont labouré les chairs. Il est évident qu'ici les anciennes théories sur les plaies par instruments piquants ont eu une grande part dans l'admission de la fréquence de ces accidents.

Si cependant ces accidents se produisent pour peu que la sup-

Digitized by Google

puration se prolonge, que l'inflammation résiste, on devra pratiquer des débridements, des contre-ouvertures dont le nombre et la direction seront indiqués par l'étendue de la plaie et sa direction. De pareilles plaies, quoique non pénétrantes, peuvent donc obliger le praticien à porter un pronostic grave et à recourir à un traitement énergique. On ne se contentera pas des débridements qui aideront à vider les foyers purulents; on emploiera encore les saignées locales et générales pour éteindre ou borner l'inflammation qui peut gagner le péritoine. Les plaies faites par des balles qui ont labouré l'épaisseur des parois abdominales peuvent fournir de pareilles indications.

Après la guérison de ces plaies, les points des parois abdominales peuvent être affaiblis et se prêter plus tard à des espèces d'éventrations. Ces suites des plaies non pénétrantes que l'on remarque surtout après celles qui sont contuses et par armes à feu, doivent être connues du praticien, afin de soutenir le côté faible du ventre avec un bandage confectionné en conséquence. Je reviendrai bientôt sur ce sujet.

II. PLAIES PÉNÉTRANTES.

Les moyens de constater la pénétration des plaies de l'abdomen sont aussi incertains et aussi dangereux que ceux qui étaient employés autrefois pour explorer les plaies de poitrine. On devra donc s'en abstenir. Les plaies pénétrantes de l'abdomen sont simples, c'est-à-dire sans lésions des viscères; ou compliquées, c'est-à-dire avec lésion d'un ou de plusieurs viscères. Ce sont les premières que l'on distingue difficilement des plaies non pénétrantes, et encore sont-elles souvent avec issue de l'épiploon ou de l'intestin. Alors, quand il y a lésion d'un viscère, surtout de l'estomac, des intestins, surviennent des accidents qui éclairent singulièrement le diagnostic; ajoutez que les plaies pénétrantes sans issue, sans lésion d'un viscère, sont extrêmement rares et généralement peu graves, et vous comprendrez le rejet que je propose de tout instrument destiné à explorer une plaie d'abdomen. Le doigt lui-même est inutile ou dangereux, quand il s'agit seulement d'acquérir la certitude de la pénétration ou de la non-pénétration d'une plaie.

A. *Plaies pénétrantes simples.* Elles sont, comme je l'ai dit, sans lésion des viscères; mais, on va le voir, elles ne sont pas toutes

Digitized by Google

sans complication. Celles qui sont étroites, obliques, celles que produit un instrument piquant peuvent être méconnues; mais les plaies par instrument tranchant ou par un projectile permettent ordinairement de constater si elles sont ou non pénétrantes. Quand ces plaies sont réellement simples, c'est-à-dire sans hémorrhagie, sans issue d'une partie contenue dans l'abdomen, et sans une inflammation étendue du péritoine, une seule indication capitale surgit: c'est la réunion de la plaie. Les bandages, les bandelettes et la position peuvent suffire quand la solution de continuité n'a pas une très grande étendue, et quand les parois abdominales ont une certaine flaccidité. Si elles sont tendues, si la plaie est large, on ne doit pas négliger ces moyens; mais il en faut encore un plus puissant, c'est la suture. Quand la plaie est contuse, faut-il rafraîchir les bords pour la rendre simple? Il est certain que si on veut absolument pratiquer la suture, l'ébarbement de la plaie, l'ablation de tout ce qui est fortement contus est nécessaire. Mais on remarquera que quand il y a une plaie contuse qui divise toute l'épaisseur des parois abdominales, il est presque impossible qu'il n'y ait pas en même temps une complication qui contre-indique la réunion immédiate, et par conséquent la suture. Si on doit employer ce moyen de réunion, la suture simple et à *points séparés* peut suffire si elle est bien exécutée. Je l'ai décrite dans mon premier volume, en parlant de la réunion des plaies simples. Si les parois abdominales étaient très épaisses et tendues, et que la plaie fût très large, on ferait bien d'employer la suture emplumée, qui sera décrite en parlant de la suture du périnée. Cette suture a le grand avantage d'agir sur la partie la plus profonde des lèvres de la plaie, et de les contenir sur ce point avec une exactitude parfaite. La plupart des auteurs recommandent de ne point comprendre le péritoine dans les parties qui sont piquées par l'aiguille qui sert à la suture. Je ne vois pas le grand danger auquel exposerait cette piqûre si elle était nécessaire; car, quand il y a plaie pénétrante, il se développe toujours une inflammation partielle du péritoine qui ne s'étendra guère plus parce que le péritoine aura été piqué. D'ailleurs les auteurs qui conseillent d'épargner la séreuse recommandent d'aller jusqu'à elle: or, si cette membrane a des dispositions à concevoir une inflammation étendue, la piqûre du tissu cellulaire qui la double sera suffisante pour faire naître cette inflammation. Quoi qu'il en soit, comme il n'est pas nécessaire de traverser le péritoine avec les aiguilles pour obtenir une

Digitized by Google

suture qui affronte tous les points des lèvres de la plaie, on suivra le conseil de ces chirurgiens. Les personnes qui croyaient que les hernies qui succèdent aux plaies de l'abdomen étaient dues à la non-réunion du péritoine devaient tenir à ce qu'on le comprît dans la suture; mais c'est là une erreur ancienne qui n'est pas cependant complétement dissipée. Quelle résistance pourrait opposer une membrane aussi mince? Les hernies ont lieu surtout quand, entre les bords de la plaie, a été déposée une lymphe coagulable qui a donné lieu à une cicatrice large, cellulo-fibreuse et très extensible, ce qui est dû à ce que la réunion n'a pas été exacte. Alors plus les lèvres de la plaie ont été tenues écartées, plus la substance intermédiaire est abondante et plus aussi elle est faible. Quand au contraire il y a coaptation complète, il n'y a pas de tissu intermédiaire, ou bien il est en si petite quantité, qu'il n'affaiblit en rien les parois abdominales, dont la force, le ressort, sont conservés. Ces considérations font de nouveau ressortir les avantages de la *réunion immédiate*, laquelle ne peut être parfaite ici que quand la suture a été bien exécutée.

Les plaies dites *simples* peuvent être avec issue des intestins ou de l'épiploon ou avec lésion d'une artère contenue dans les parois abdominales. Pour la réduction des parties qui se sont échappées, on suivra les règles que je poserai à l'article des *hernies* quand il sera question du taxis. Si ces organes s'étranglent, on débridera aussi, comme je le dirai au même article; ici le *débridement multiple* sera parfaitement applicable, et ma spatule sera d'un grand secours.

Je dois signaler une erreur qu'on a considérée comme possible; elle serait causée par le tissu cellulaire graisseux des parois abdominales que l'on prendrait pour de l'épiploon. Mais l'énoncé seul d'une pareille méprise la fera éviter. Je renvoie à la paracentèse ce qui a trait à la blessure des artères des parois abdominales et l'exposé des moyens pour arrêter l'hémorrhagie qui provient de cette lésion.

B. *Plaies pénétrantes compliquées de la lésion des organes contenus dans l'abdomen.* J'ai dit que je ne parlerai que des plaies des organes digestifs et de leurs annexes; les lésions des autres organes de cette région seront étudiées ailleurs.

Plaies de l'estomac. Le volume de cet organe varie extraordinairement, ce qui tient à sa plénitude ou à son état de vacuité et à des dispositions tout-à-fait individuelles. Ces circonstances rendent dif-

Digitized by Google

ficiles l'appréciation des limites hors desquelles un corps vulnérant dirigé perpendiculairement et traversant l'épaisseur des parois abdominales ne peut l'atteindre. En général, quand l'estomac est complétement vide, on peut supposer sa blessure si l'instrument a pénétré au milieu de l'espace compris entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, et sa lésion est à peu près certaine quand le coup est plus élevé. Dans l'état de plénitude, l'estomac peut être compris dans des plaies placées au-dessous de l'ombilic.

Si la plaie est assez large pour découvrir l'estomac, ou bien si la partie de ce viscère qui est blessée fait hernie, il ne peut s'élever aucun doute sur le diagnostic; mais si la plaie a des dispositions contraires, on ne peut alors reconnaître une semblable lésion que par ce qu'on appelle les signes rationnels : ce sont le siége de la blessure extérieure, une douleur vive dans la région épigastrique, le vomissement des matières alimentaires mêlées à du sang artériel ou une plus ou moins grande quantité de sang pur, selon l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac au moment de l'accident, selon que la blessure porte sur le corps de l'organe ou sur ses courbures : il y a aussi des selles sanguinolentes. Enfin, si le sujet est irritable, ou bien quand la blessure a intéressé quelques uns des nerfs qui se distribuent à l'estomac, on observe des défaillances, des syncopes, des spasmes et quelquefois même des convulsions. Il est d'autres phénomènes qui dépendent de la disposition de la plaie, de l'état de l'estomac et du volume des vaisseaux divisés.

Que l'estomac soit vide ou plein, si la plaie est très petite, comme l'est, par exemple, une piqûre, et si aucun vaisseau considérable n'a été divisé, il n'y a aucun épanchement dans la cavité abdominale, parce que l'exacte et mutuelle compression exercée par les viscères abdominaux empêche l'issue des matières des organes qui les contiennent naturellement; puis la membrane muqueuse fait hernie et bouche la plaie. Il faut nécessairement à la plaie intérieure une certaine étendue, pour que les matières aient plus de facilité à sortir de leurs canaux ou de leurs réservoirs qu'à suivre leur cours naturel. Il est bien entendu que le contraire sera observé et qu'il y aura épanchement, dans le péritoine, des gaz, des matières alimentaires, du sang, et cela ensemble ou séparément, si la plaie du viscère ou d'un vaisseau important est large.

Les rapports de la plaie de l'estomac avec la plaie des parois

Digitized by Google

abdominales, et leurs dimensions respectives amènent des variations dans la production de ces épanchements et influencent les chances du blessé. S'il y a plaie extérieure très large et plaie de l'estomac avec des dimensions nécessaires pour l'issue des matières qu'il contient, si ces plaies sont voisines et parallèles, les matières alimentaires et le sang, au lieu de s'épancher, s'échappent au dehors, du moins en grande partie. On voit alors sortir, par la plaie extérieure, des substances semblables aux matières du vomissement. Au contraire, si, avec une plaie extérieure petite, il y a une plaie large du viscère, l'épanchement a lieu.

Au moment de la blessure, si le ventricule n'était distendu que par des gaz, leur présence dans la cavité du péritoine le disposerait à l'inflammation, mais elle ne la fait pas nécessairement naître.

Si le viscère était distendu par des matières alimentaires, celles-ci, en se répandant avec abondance dans le sac péritonéal, y feraient éclater soudainement une péritonite mortelle.

Enfin, l'ouverture large d'un des gros vaisseaux de l'estomac fait succomber promptement le blessé, qui présente alors les symptômes ordinaires des hémorrhagies internes, ou bien la mort arrive plus tard par une péritonite. Cependant, lorsque la plaie de l'estomac ou du vaisseau, sans être assez étroite pour ne pas permettre aux matières ou au sang de s'échapper, l'est cependant assez pour n'en laisser sortir à la fois qu'une fort petite quantité, il peut arriver que les parties voisines contractent des adhérences entre elles et avec les parois abdominales de manière à circonscrire l'épanchement dans un plus petit espace. Quand alors l'épanchement est formé par les matières alimentaires, il provoque bientôt un abcès qui se vide quelquefois par la plaie extérieure. Mais qu'une pareille terminaison est rare! Elle est beaucoup moins rare quand l'épanchement est formé par du sang. Je reviendrai sur ces épanchements.

Quand l'estomac blessé ne se présente pas à l'ouverture des parois de l'abdomen, il n'y a presque rien à ajouter au traitement des plaies pénétrantes, si ce n'est qu'il faut insister beaucoup plus sur les saignées et sur tous les moyens de prévenir l'inflammation de l'estomac et du péritoine. La diète sera observée dans toute sa sévérité; il y aura abstinence complète, non seulement des aliments, mais même des boissons; car on doit craindre leur passage dans la cavité du péritoine; des lavements émollients, que l'on rend nourrissants par la suite, adouciront un peu les rigueurs de la diète.

Digitized by Google

Malgré ces moyens, s'il y a un épanchement rapide et considérable de matières alimentaires ou de sang, le blessé succombe en général en trop peu de temps pour que la chirurgie puisse lui être utile. Dans le cas d'épanchement circonscrit, après avoir employé tous les moyens connus pour modérer l'inflammation, on donnera de bonne heure issue aux liquides épanchés, afin d'éviter les accidents qui résulteraient de l'ouverture de l'abcès dans le péritoine ou dans la cavité de quelque intestin.

Quand la partie blessée de l'estomac se présente à l'ouverture extérieure, avant de le réduire, on réunira la plaie si elle a une étendue de plus de deux lignes; on se servira pour cela des sutures, que je décrirai bientôt quand il s'agira des opérations que nécessitent les plaies de l'abdomen.

Plaies des intestins. L'intestin, occupant un grand espace dans l'abdomen, est le plus souvent blessé. Mais toutes les parties du canal intestinal ne se présentent pas également à l'action des corps extérieurs : l'intestin grêle y est le plus exposé; viennent ensuite et successivement l'arc du colon, le cœcum, les portions ascendantes et descendantes du colon, le duodénum et le rectum.

Avec quelque attention on reconnaît facilement la plaie qui a son siége sur une partie d'intestin qui fait hernie, même avec une solution de continuité qui n'est pas assez étendue pour donner issue à des matières ou à des humeurs stercorales.

Si la partie blessée de l'intestin est restée dans l'abdomen, si la plaie a des dimensions assez étroites pour ne point permettre d'épanchement, le diagnostic est plus difficile : on a égard alors à la profondeur à laquelle l'instrument a pénétré, à la direction qu'il a suivie; on observe des coliques, des selles sanguinolentes, bientôt des symptômes d'entérite, et presque toujours aussi une péritonite qui peut être partielle.

Si la plaie d'une partie du canal intestinal restée dans le ventre ou d'un vaisseau mésentérique est assez considérable pour laisser échapper les matières alimentaires ou le sang, les suites sont différentes dans les diverses portions du tube intestinal. Si c'est le duodénum, qui ne peut jamais se présenter à l'extérieur, si le cœcum ou l'intestin grêle retenus dans la cavité abdominale sont blessés, les conséquences des épanchements, les symptômes qui les annoncent et le traitement qu'on doit leur opposer sont ceux qui ont été indiqués en parlant des plaies de l'estomac.

Digitized by Google

On voit, dans quelques cas très heureux mais très rares, des guérisons spontanées à la suite de plaies qui ont traversé toute la cavité abdominale et blessé plusieurs anses intestinales. Les plaies s'appliquent sur des parties saines, s'adossent au mésentère, à l'épiploon, et y sont retenues par une lymphe plastique dont la production et l'organisation sont très promptes. Ce sont ces adhérences qui préviennent les épanchements dans le péritoine. Il arrive quelquefois qu'une plaie d'un intestin s'abouche à une autre plaie du même tube, et ces deux parties se versent l'une dans l'autre les matières qui les parcourent. Ce sont deux anses qui se mettent en communication; alors les malades, après avoir éprouvé des accidents inflammatoires longs et redoutables, paraissent complétement guéris ou conservent quelques coliques et divers embarras dans le cours des matières stercorales. Ce qui est remarquable, c'est de voir une double plaie établir une communication entre le tube intestinal et la vessie. Les voies digestives se continuent alors par les voies urinaires; après la cicatrisation de la plaie extérieure, le blessé rend des vents et des matières fécales par l'urètre : celles-ci sont délayées par l'urine. Quand c'est avec les parois abdominales que l'anse intestinale blessée s'unit, la plaie dégénère en une fistule dont la guérison n'est obtenue qu'après avoir longtemps livré passage à des matières alimentaires (fistules stercorales, anus contre nature, dont il sera question plus tard).

Une plaie qui affecte le cœcum sans ouvrir le péritoine ou le rectum dans sa partie inférieure produit ordinairement des accidents beaucoup moins graves. En effet, lorsqu'elle communique directement à l'extérieur, les matières sont éliminées sans s'épancher; et lorsque la communication avec l'extérieur n'est pas très facile, l'épanchement ayant lieu dans le tissu cellulaire, il se borne à produire un abcès stercoral, ce qui sera grave sans nul doute, mais moins que les suites des blessures qui ouvrent le péritoine, lors même que l'on peut espérer un des modes de guérison dont j'ai parlé.

On préviendra l'épanchement des matières et les accidents inflammatoires, on combattra ceux-ci quand ils se manifesteront; telles sont les indications que présentent les plaies du tube intestinal. Lorsque la partie d'intestin blessée est dans le ventre, on remplit la première de ces indications en évacuant l'estomac, plutôt par le moyen de la titillation de la luette que par l'administration d'un émétique qui introduit une nouvelle substance et ajoute à l'irrita-

Digitized by Google

tion dans l'estomac : on ne donnera au malade que des boissons en très petite quantité à la fois : quand c'est le cœcum ou le rectum qui sera le siége de la blessure, on dilatera les plaies extérieures au lieu de les réunir.

III. PLAIES SOUS-CUTANÉES. — CONTUSIONS. — RUPTURES PROPREMENT DITES.

Ces solutions de continuité sont produites par des violences venant du dehors, des coups, des chutes, ou bien elles sont dues à des distensions, des contractions violentes ou irrégulières. Les effets se produisent sur les parois abdominales ou bien dans les viscères qu'elles abritent.

CONTUSIONS ET RUPTURES DES PAROIS ABDOMINALES. Si, avec la contusion des parois abdominales, il n'y a aucune lésion d'un viscère, il est rare que la contusion laisse des traces longues à effacer dans l'épaisseur des parois abdominales, excepté, toutefois, à la région lombaire, là où les muscles et le rachis présentent une disposition analogue à celle qui existe aux membres. Il est cependant des contusions qui se bornent à la paroi antérieure du ventre, qui peuvent être suivies d'accidents graves. On a vu, par exemple, les muscles abdominaux infiltrés de sang, quoique la peau fût intacte, chez un jeune homme mort d'une péritonite qui avait éclaté après des contusions du milieu de la paroi antérieure du ventre. C'est à l'hypogastre, aux flancs et dans la région iliaque, dit M. Velpeau, que les ecchymoses qui en résultent se manifestent le plus souvent. On en trouve la raison dans l'abondance et la laxité des lamelles qui séparent la peau des aponévroses sur ces divers points, dans le nombre plus considérable des vaisseaux soit artériels, soit veineux, dans la résistance plus grande des muscles, qui, encore très rapprochés de leurs insertions aux os du bassin et de la colonne vertébrale, ne se laissent pas déprimer avec la même facilité que les autres régions. L'ecchymose, en pareil cas, reste ordinairement circonscrite dans de très étroites limites, si elle occupe la couche adipeuse. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si elle a son point de départ entre les feuillets profonds du *fascia superficialis*, on la voit s'étendre avec une rapidité des plus grandes. Néanmoins, comme la densité des téguments est plus prononcée au pourtour des os coxaux, de l'ombilic, sur la ligne blanche, et en arrière, que partout ailleurs, c'est dans les autres directions qu'elle s'étale ordi-

Digitized by Google

nairement. On devrait s'attendre, par la même raison, à la voir se propager dans le sens opposé, si elle avait lieu vers la partie moyenne de la région mésogastrique (1).

Les suffusions sanguines qui ont lieu dans la couche la plus profonde des parois abdominales, ces ecchymoses qui se montrent entre le péritoine et la couche cellulaire qui le tapisse, n'ont point encore été assez étudiées, et cependant elles doivent être très communes. Sur trois individus morts de violences extérieures, M. Velpeau a pu constater qu'elles devenaient d'autant plus évidentes qu'on s'éloignait davantage de l'ombilic ou de la ligne blanche dans ses deux tiers moyens, et qu'elles n'étaient plus arrêtées, comme à l'extérieur, par le contour du bassin et le bord des lombes. Pelletan parle d'un couvreur chez lequel on les avait vues s'étendre de la région lombaire droite dans le bassin et sur toute la racine du membre abdominal gauche (*Clin.*, t. II, p. 117). Les ecchymoses peuvent être rencontrées et sur les tuniques de l'estomac, et sur celles des interstices, comme le prouvent des observations de MM. Velpeau, Jobert, qui ressemblent à celles que Morgagni avait déjà fait connaître. Mais ici, la contusion avait déjà agi sur les viscères qui offraient ces suffusions sanguines.

Les faits de *rupture* des parois abdominales par des chutes sont fréquents dans la science, parce qu'ils se présentent avec des caractères plus tranchés et offrent des dangers plus immédiats; c'est ce qui fait qu'on les note avec plus de soin. On a vu ces ruptures être la suite d'un coup de pied de cheval, d'un coup de bâton, d'un coup de pierre, etc. Quelquefois un muscle seul est divisé plus ou moins loin de son attache; tandis que d'autres fois il semble arraché de ses insertions. M. Thomas cite dans sa thèse la rupture seule du muscle droit entre le péritoine et l'aponévrose. M. Larrey parle d'une rupture des muscles larges de l'abdomen près de leur insertion à la crête iliaque (2). Quelquefois le péritoine seul est rompu; mais il faut pour cela qu'il se présente dans des dispositions particulières, par exemple quand il enveloppe une hernie, quand il forme le *sac*. On trouve plusieurs exemples de la rupture du sac d'une hernie volumineuse, et cela à la suite d'une violence extérieure, par exemple un coup de pied de cheval (3). Il est rare qu'il n'y ait

(1) Velpeau, art. *Abdomen* du *Dict.* en 21 vol., nouvelle édition.

(2) *Clinique chirurgicale*. Paris, 1840, tom. II, pag. 488.

(3) Voyez J.-L. Petit, *Mal. chirurgic.*, tom. II, pag 231. — Boyer, tom. VIII, pag. 72.

Digitized by Google

des fibres qui entrent dans la composition de ces ouvertures ou qui sont derrière elles.

Ruptures des organes abdominaux. Les ruptures des organes contenus dans l'abdomen peuvent être aussi de cause externe (*ruptures passives*) : ce sont les plus fréquentes, ou organiques (*ruptures actives*).

Les ruptures *passives* sont dues à de violents coups portés sur l'abdomen, à de lourdes chutes sur cette région ou à de fortes pressions, comme celle d'une roue de voiture. Il y a des circonstances qui rendent plus fréquentes ces ruptures et plus efficaces les causes traumatiques. Ces circonstances tiennent aux parois de l'abdomen et aux organes contenus dans sa cavité. Quand les parois abdominales sont lâches, flasques, elles cèdent facilement à une compression exercée lentement ou brusquement sur elles : on les voit rester intactes après avoir supporté un coup assez violent pour contondre, déchirer les organes contenus dans l'abdomen. La surprise facilite les ruptures internes, parce qu'alors les parois abdominales n'ont pas le temps de se contracter pour garantir les viscères. Quand le coup porte sur la ligne médiane, et que les viscères se trouvent pressés entre le corps contondant et la colonne vertébrale, les ruptures internes sont plus faciles, plus larges, plus nombreuses.

Les conditions favorables à ces ruptures, et qui tiennent aux viscères, sont un développement soit physiologique, soit morbide; il est même des organes de l'abdomen qui ne peuvent éprouver ces ruptures que quand ils ont pris un certain développement. Ainsi la vessie et la matrice n'en peuvent être affectées que quand elles dépassent en haut les pubis. Quand le foie en s'engorgeant devient plus friable, plus volumineux ; quand il dépasse les côtes, il est dans des conditions très favorables à la rupture ; la vésicule biliaire distendue par la bile est aussi plus vulnérable. Cependant il est des cas de ruptures d'organes très abrités et qui n'ont subi aucune ampliation, aucun déplacement, qui ont éprouvé des ruptures graves : ainsi les reins. L'estomac rempli d'aliments ou de gaz, les intestins dilatés se rompent plus facilement.

Les ruptures peuvent être incomplètes ou complètes, et celles-ci sont plus ou moins profondes. J'appelle ruptures incomplètes celles qui ne vont pas jusqu'à ouvrir un organe creux. En voici deux exemples, que je choisis dans l'ouvrage de M. Jobert (1) :

(1) *Maladies chirurgicales du canal intestinal.* Paris, 1829, tom. II.

Digitized by Google

Un nommé Chambon fut amené à l'hôpital Saint-Louis, le 9 janvier 1825, pour une fracture de côte et une très forte contusion à l'abdomen; il mourut le lendemain, et à l'autopsie on trouva des ecchymoses aux intestins et une rupture des fibres longitudinales du colon. Quelques mois après, on apporta au même hôpital le nommé Moïse, atteint d'une large plaie à la région épigastrique; il mourut au bout de quatre jours, et on trouva à l'autopsie une plaie de la face convexe du foie, et une lésion des membranes séreuse et musculeuse de la partie antérieure du colon transverse, avec hernie de la muqueuse.

On conçoit la possibilité de la guérison de ces ruptures incomplètes; elle serait plus facile que celle des ruptures complètes; car les premières ne sont que de fortes contusions, qui peuvent à la vérité donner lieu à une effusion de sang plus ou moins considérable, tandis que, quand elles sont complètes, il y a épanchement des matières contenues dans les organes, épanchement presque toujours mortel. Que ce soit la bile, l'urine, les matières contenues dans l'intestin, celles de l'estomac, toutes sont délétères, très irritantes; il n'est donc guère possible qu'elles n'amènent pas des accidents mortels.

Les ruptures superficielles sont toujours moins graves; les profondes ont une double gravité: elles sont graves d'abord parce que la solution de continuité amènera une inflammation plus intense; ensuite parce que plus est profonde la déchirure, plus il y a de chances pour la déchirure de grands vaisseaux; ainsi, les ruptures profondes du foie peuvent donner lieu à des hémorrhagies instantanément mortelles.

Ces accidents arrivent surtout quand la déchirure commence par la face concave de cet organe. On a vu de ces déchirures être produites par contre-coup. On sait que dans les grandes chutes, quel que soit le point du corps qui frappe sur le sol, il y a retentissement dans tous les organes; les plus volumineux, les moins bien fixés sont ceux qui reçoivent la secousse la plus violente. Le foie est surtout dans ce cas. On connaît les expériences de Richerand qui faisait précipiter des cadavres de la hauteur d'un amphithéâtre, et qui obtenait ainsi des ruptures du foie. Ce chirurgien voulait expliquer ainsi la formation des abcès de ce parenchyme dans les cas de plaie de tête qui offrent des abcès au foie; mais, comme il n'y a pas toujours chute dans les cas de plaies de tête qui sont ainsi com-

Digitized by Google

pliquées, la théorie de Richerand s'est trouvée en défaut comme les autres. Voyez d'ailleurs ce que j'ai dit de ces théories au commencement du 3e volume, article *Plaies du crâne*.

Quoi qu'il en soit, toutes les ruptures internes de l'abdomen sont graves; elles se manifestent par les symptômes des épanchements de l'abdomen dont il a été déjà parlé, dont il sera encore question plus tard, et par les symptômes qui se rapportent aux organes principalement lésés. M. Jobert dit que le signe caractéristique de la rupture des intestins est le ballonnement subit du ventre, produit par l'épanchement des gaz intestinaux. Voici une observation, extraite du livre de ce chirurgien, qui vient à l'appui de son opinion. Je la transcris en entier, parce qu'elle n'est pas seulement remarquable sous le rapport du diagnostic, mais encore parce qu'elle prouve les efforts auxquels se livre la nature pour guérir d'aussi graves lésions.

N. ..., âgé de vingt-deux ans, fut renversé par une voiture, dont une roue lui passa sur le ventre sans léser en aucune manière la paroi antérieure de l'abdomen. Transporté de suite à l'hôpital St-Louis, il présenta les symptômes suivants : douleur presque nulle, ventre ballonné, tendu et résonnant comme un tambour. Il fut saigné plusieurs fois, on appliqua un grand nombre de sangsues et des cataplasmes émollients; la tympanite disparut, et le malade, soumis à une diète sévère et à des boissons adoucissantes, marcha, sous le rapport de cette lésion du ventre, vers une rapide convalescence. Resté à l'hôpital pour rétablir ses forces, il fut pris tout-à-coup d'une hémoptysie, à laquelle il succomba, malgré tous les secours, deux mois après son entrée. A l'autopsie, outre les lésions qu'on trouva dans les poumons, nous observâmes, dans le ventre, les adhérences suivantes. L'intestin grêle était, dans un de ses points, adhérent au péritoine de la face interne de la dernière fausse côte; l'épiploon était au-devant de lui, et lui adhérait d'une manière intime. En examinant avec soin l'intérieur de l'intestin, on trouva une espèce de tampon saillant dans sa cavité, et qui n'était autre chose que l'épiploon engagé dans une ouverture du diamètre de quatre lignes à peu près. De cette manière on peut se rendre un compte satisfaisant des phénomènes qui avaient été observés, et de l'absence de l'épanchement à la suite de la plaie de l'intestin. Les ruptures actives ne s'observent qu'aux organes creux. L'estomac et la matrice sont ceux qui présentent le plus souvent cette

Digitized by Google

lésion ; elle est beaucoup plus rare aux intestins. Morand en rapporte un cas. Laënnec a observé la rupture d'un intestin par distension excessive due à des gaz, et Scarpa parle d'une rupture du gros intestin dans un cas de brusque sortie des viscères, à la suite de grands efforts. Selon ce chirurgien, des matières fécales endurcies qui, dans le moment de l'effort, auraient été poussées contre les parois de l'intestin les auraient déchirées.

Le traitement des ruptures est le même que celui des plaies pénétrantes de l'abdomen ; c'est le traitement antiphlogistique dans toute sa rigueur : saignées locales abondantes, répétées, bains, etc. Mais les chances de guérison sont encore moins favorables que pour les plaies pénétrantes de l'abdomen.

Opérations motivées par les plaies de l'abdomen.

Ces opérations se rapportent presque toutes à la réunion. On les pratique pour réunir les parois abdominales ou les intestins. La réunion des plaies des parois abdominales s'opère par des moyens, par des sutures que j'ai fait connaître dans mes *Prolégomènes*, t. I, et ce qu'il y a de spécial pour la région a été dit tantôt quand j'ai parlé des plaies de l'abdomen, sans complication ; ici je ne dois traiter que des moyens de guérir les plaies du tube digestif.

OPÉRATIONS PROPOSÉES POUR LA GUÉRISON DES PLAIES DU TUBE DIGESTIF. Deux indications principales ont été présentes à l'esprit des inventeurs : 1° il en est qui se sont bornés à établir entre la plaie intestinale et la solution de continuité des parois abdominales des rapports qui pussent permettre aux matières de s'écouler librement au dehors : c'est la création de l'*anus contre nature*, dont il sera question après l'article des hernies. Littre, Lapeyronie, Scarpa, ont attaché leur illustre nom à cette idée, qui a fait naître trois méthodes : celle de Littre, qui établit un anus contre nature incurable ; celles de Lapeyronie et de Scarpa permettent d'espérer la guérison de cette infirmité. Notez que Lapeyronie ne traversait pas simplement le mésentère ; il lui faisait faire un pli, pour rapprocher les deux bouts d'intestin, ce qui était un commencement de réunion. 2° La seconde indication consiste à fermer la plaie de l'intestin et à rétablir sur-le-champ le cours naturel des matières qu'il contient. De cette idée sont issues deux principales méthodes : une qui tend à

Digitized by Google

affronter les lèvres de la plaie ou à mettre en rapport des tissus de nature différente, ainsi une membrane séreuse contre une membrane muqueuse; l'autre affronte séreuse contre séreuse. A la première méthode se rattachent surtout le souvenir des quatre maîtres qui vivaient à la fin du XIIe siècle, et surtout le nom de Ramdohr. Le nom de M. Jobert doit sa célébrité à l'autre méthode.

Les procédés sont nombreux. Ainsi, il y a ou non invagination de l'intestin; un corps étranger est introduit dans sa cavité, ou bien on s'en dispense; les fils sont abandonnés dans l'abdomen ou sont retenus à l'extérieur, etc. Ces divisions seront surtout marquées quand il s'agira des plaies en travers de l'intestin. Je vais d'abord parler des opérations pratiquées pour les plaies en long.

SUTURES DES PLAIES LONGITUDINALES. La suture du pelletier, celle à points passés, ont été employées pour traiter ces plaies; je les ai décrites dans les Prolégomènes du premier volume, en parlant de la réunion en général.

A. *Procédé de Palfin.* C'est le plus simple et un des plus rationnels. L'auteur, pensant qu'il s'agit moins de réunir les lèvres de la plaie intestinale que de les mettre en contact avec un autre point pouvant contracter des adhérences avec elles, se contentait de passer une anse de fil dans le milieu de la plaie de l'intestin, rapprochait celle-ci de la plaie extérieure, et avec des agglutinatifs faisait adhérer les bouts du fil aux téguments.

B. *Procédé de M. Reybard.* Pour assurer les rapports de l'intestin avec les parois abdominales et pour oblitérer momentanément la plaie, M. Reybard se sert d'une plaque ovale en bois de sapin, mince et polie, longue de quinze à seize lignes, sur huit à neuf de largeur; cette plaque est traversée dans son milieu par une anse de fil; à chaque bout du fil est passée une aiguille ordinaire. Ainsi préparée, la plaque est introduite dans la cavité de l'intestin; son plus grand diamètre répond au grand diamètre de la plaie; elle est fixée dans ces rapports en perçant de dedans en dehors, à trois lignes de leurs bords libres, chacune des lèvres de la division intestinale avec les aiguilles portées par chaque bout de fil. La plaque étant fixée contre l'intestin, il s'agit d'appliquer le tout contre la face interne des parois abdominales. Pour cela, on dépasse les deux premières aiguilles, on réunit les deux bouts de fil pour n'en faire qu'un, avec lequel on enfile une aiguille courbe, laquelle est portée dans l'abdomen; elle perce de dedans en dehors les parois de cette cavité, à

Digitized by Google

trois ou quatre lignes du bord de la plaie extérieure. Le double fil est confié à un aide. L'opérateur, après avoir réduit l'intestin, prend le fil de la main gauche, le tire et s'assure par l'index droit que l'intestin est exactement appliqué contre la paroi abdominale. On noue alors les fils sur un petit rouleau de linge placé parallèlement à la lèvre interne de la plaie, et l'opération est achevée. Dans l'essai qui a été fait de ce procédé, on coupa le fil deux jours après, et le lendemain la plaque de bois fut expulsée avec les selles.

Il n'est pas difficile de reconnaître que M. Reybard a été quelque peu inspiré par les chirurgiens qui ont employé une trachée, le tube de sureau, la carte roulée, etc. Je ne sache pas que le procédé de M. Reybard ait été appliqué sur l'homme vivant.

C. *Procédé de Ledran.* C'est la suture à anse, décrite tome I, p. 147.

D. *Procédé d'A. Cooper.* Quand la division n'a que l'étendue d'une ou deux lignes, ce chirurgien saisit les deux lèvres à la fois avec une pince, et passe un fil autour comme pour lier une artère, et il noue.

E. *Procédé de M. Jobert.* Les bords de la plaie lavés sont renversés en dedans avec l'aiguille pour adosser les surfaces séreuses; des fils sont passés transversalement dans les bords; ils seront assez rapprochés pour que les parties qui se trouvent dans les intervalles ne fassent pas hernie, et que le contact immédiat des séreuses soit maintenu. Après cela, les fils peuvent être réunis et ramenés au dehors comme le faisait Ledran. On peut aussi exécuter la suture entrecoupée, et faire autant de points qu'il y a de fils. Les fils sont coupés au ras des nœuds, ou bien leurs extrémités sont ramenées au dehors. Dans le premier cas, les fils tombent dans l'intestin; dans le second, on peut, au bout du cinquième jour, les retirer par la plaie extérieure.

SUTURE DES PLAIES TRANSVERSALES. Le procédé de Palfin, que j'ai déjà décrit, peut très bien être appliqué à ces plaies.

A. *Invagination, séreuse contre muqueuse. Procédé de Ramdohr.* On introduit le bout supérieur dans l'inférieur, et on les maintient avec un point de suture médiocrement serré. Hermans fit la suture du pelletier. Vermale enveloppait les bouts d'intestin d'un repli du mésentère qu'il comprenait dans la suture. Pour faciliter l'introduction du bout supérieur, Richter (Voy. *Mémoires de l'Académie de chirurgie*) conseillait de placer d'abord dans celui-ci une carte vernissée roulée en cylindre; l'invagination faite, il passait une

Digitized by Google

anse de fil à travers les deux bouts d'intestin et le cylindre à la fois, nouait les extrémités du fil à deux ou trois pouces de l'intestin, et les fixait à la plaie extérieure.

B. *Réunion directe des bords de la plaie. Procédés des quatre maîtres et de Duverger.* Les quatre maîtres roulaient une carte avec un fil qui portait une aiguille à chaque bout, et fixaient les deux bords de la carte en piquant celle-ci de dedans en dehors; puis ils piquaient aussi l'intestin de dedans en dehors avec le même fil et les mêmes aiguilles; l'anse de fil se trouvait dans le canal fermé par la carte, et les deux bouts étaient portés au dehors après ou non réunion de la plaie de l'abdomen On faisait un peu avancer le bout inférieur sur le supérieur.

Duverger se servait d'une portion de trachée de veau desséchée, garnie de trois anses de fil disposées à distances égales; chaque extrémité portait une aiguille courbe. Il introduisait ce tube dans l'intestin pour soutenir les deux bouts, comme un cintre soutient une voûte. Avec les aiguilles courbes, il faisait trois points de suture entrecoupée en piquant de dedans en dehors à trois ou quatre lignes des bords de la plaie. Un aide les rapprochait légèrement; il faisait les nœuds à l'un des côtés de la plaie.

C. *Affrontement de la séreuse contre la séreuse. Procédé de M. Jobert.* 1er temps : le bout supérieur étant bien reconnu, on dissèque le mésentère pour détacher l'un et l'autre bout d'intestin dans l'étendue de plusieurs lignes. Il s'écoule toujours une certaine quantité de sang, ce qui peut prévenir les accidents inflammatoires. Si cependant l'hémorrhagie était trop forte, des ligatures temporaires pourraient être faites; on les retirerait après l'opération.

Fig. 37.

2e temps. Saisir le bout supérieur de la main gauche, prendre de la droite un fil long de six à huit pouces, qui porte deux aiguilles à coudre, une à chaque bout; traverser avec une des aiguilles la paroi intestinale antérieure de dedans en dehors, à trois lignes de la division, de manière à laisser dans la piqûre une anse dont un aide tient les bouts; un second fil est passé de la même manière à travers la paroi postérieure. La figure 37 montre le moment où déjà les fils

Digitized by Google

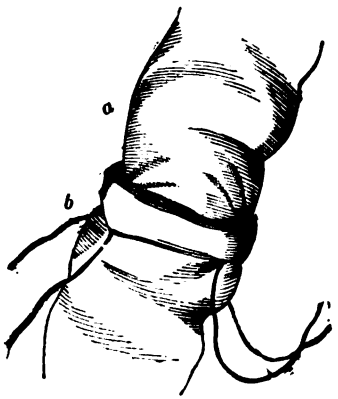
viennent d'être passés par le bout supérieur *a* : on voit la coupe nette de l'intestin : *b* est le bout inférieur renversé en dedans, comme il va être dit.

3e temps. Il s'agit de rendre séreuse la surface interne du commencement du bout inférieur, afin que, recevant le bout supérieur, l'adhésion se fasse facilement ; pour cela, il faut renverser le bout inférieur dans lui-même. On choisit un moment de calme de l'intestin, calme qu'on pourrait d'ailleurs hâter en promenant sur les bords de la division un pinceau trempé dans une solution légère d'opium.

4e temps. Le renversement opéré, comme on le voit fig. 37 *b*, le doigt indicateur est introduit dans l'intestin pour le maintenir ; ce doigt servira de guide aux aiguilles qui vont fixer l'invagination.

5e temps. Deux anses de fil tiennent déjà au bout supérieur ; elles portent chacune deux aiguilles. On prend les deux aiguilles de l'anse antérieure, on les fait glisser tour à tour sur le bord radial du doigt qui est dans le bout inférieur de l'intestin, on traverse de dedans en dehors sa paroi doublée, en faisant sortir les aiguilles à une ligne de distance l'une de l'autre. Les aiguilles de l'anse postérieure sont conduites sur le bord cubital du même doigt indicateur, et traversent l'intestin du côté opposé aux premières. On rapproche doucement les deux bouts de l'intestin, quand ils sont le plus près possible, on retire le doigt ; par de légères tractions sur les extrémités des fils, on introduit peu à peu le bout supérieur dans l'inférieur (fig. 37). On peut s'aider, pour accomplir l'invagination, d'un corps rond et poli. La figure 38 montre l'invagination quand il n'y a plus qu'à nouer les fils : *a* est le bout supérieur introduit dans le bout inférieur *b*, dont les bords ont été renversés en dedans ; on voit bien ici que la séreuse est affrontée à la séreuse.

Fig. 38.



On réduit l'intestin dans l'abdomen, on réunit les fils qu'on place à l'angle inférieur de la plaie des téguments ; on les fixe sur les téguments avec du diachylon. Le quatrième ou cinquième jour, la cicatrice est assez forte pour qu'on puisse les retirer.

Digitized by Google

Procédé de M. Lembert. L'auteur propose de mettre les surfaces péritonéales des deux bouts de l'intestin en rapport, sans invagination et sans avoir recours, par conséquent, au renversement en dedans des parois du bout inférieur. M. Lembert ne touche pas à la membrane muqueuse; les aiguilles laboureront sa surface adhérente sans la traverser. Une aiguille armée d'un fil ciré est enfoncée à trois lignes de la plaie dans l'épaisseur du bout supérieur, et elle sort à deux lignes plus bas; elle pénètre jusqu'à la membrane muqueuse et laboure le tissu qui la double. Cette même aiguille est enfoncée ensuite sur la face externe du bout inférieur, à une ligne de la plaie, et ressort à deux lignes plus bas par la même face; elle passe encore entre les membranes muqueuse et musculeuse. La figure 39 représente le

Fig. 39.

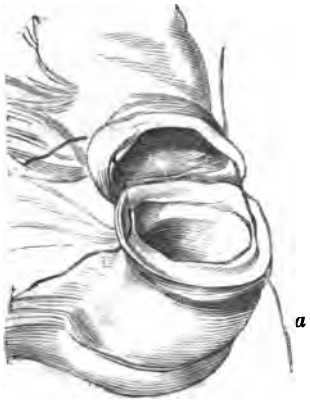
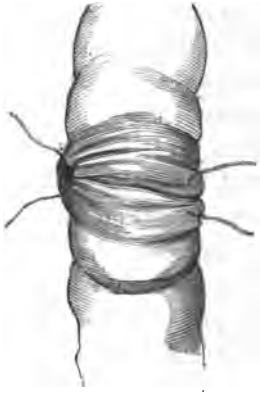


Fig. 40.



temps de l'opération où les fils viennent d'être passés; on voit bien que le fil *a* laboure l'épaisseur de la paroi intestinale et ne pénètre pas dans le tube. Quand un nombre suffisant d'anses de fil sont placées sur la circonférence de l'intestin, on n'a plus qu'à les nouer pour achevér la suture. En serrant les nœuds, les bords de la plaie sont refoulés en dedans, et forment dans le canal une valvule ou bourrelet. La figure 40 montre ce temps de l'opération. Mais, l'intestin divisé tendant continuellement à se renverser et à présenter en dehors sa surface muqueuse, il est très difficile d'obtenir une coaptation exacte entre les fils.

Procédé de M. Denans. Ici, au lieu de mettre les lèvres de la plaie en rapport, comme le voulait Duverger dans le procédé qui lui est attribué, ces lèvres sont renversées en dedans pour que les deux

Digitized by Google

bouts se trouvent alors contigus par un bord arrondi et tapissé par la séreuse. Pour l'exécution de ce procédé, il faut trois viroles d'argent ou d'étain; les deux premières, longues de trois lignes (voyez fig. 41 *a a*), égales en circonférence à l'intestin divisé ; on les introduit, l'une dans le bout supérieur, l'autre dans le bout inférieur. On renverse une portion de deux lignes de chaque bout dans sa virole respective. On voit (fig. 42) chaque virole introduite dans son bout respectif et au moment où on va renverser chaque bout en dedans pour les recouvrir. La troisième virole (celle du milieu, fig. 41) a la longueur des deux autres réunies ; son diamètre est assez étroit pour qu'elle soit reçue dans les deux autres. On l'emboîte dans l'une

Fig. 41.

Fig. 42

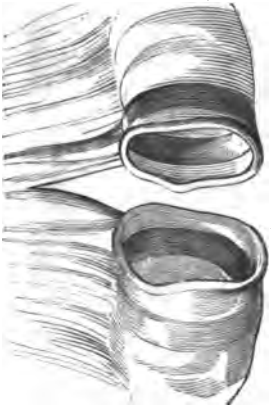
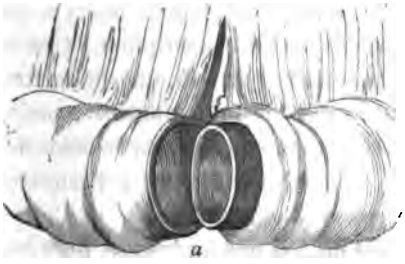


Fig. 43.



d'abord , fig. 43 *a*, dans l'autre ensuite ; les trois viroles serrent alors entre elles les extrémités de l'intestin renversées en dedans.

Pour fixer ces viroles , M. Denans fait une suture très ingénieuse que voici : à chaque bout d'un fil est une aiguille ; elle pique l'intestin sur un bord des viroles, et pénètre dans l'intérieur de la grande virole, celle qui est la plus concentrique ; cette même aiguille va sortir à l'autre bord des viroles. La fig. 44 représente l'entrée et la sortie de cette première aiguille; le fil qu'elle entraîne soutient dans une anse les trois viroles réunies. Si alors on serrait les deux extrémités du fil, on étranglerait les deux bouts d'intestin ; il faut donc faire rentrer les fils sous la paroi intestinale, de manière que l'anse n'embrasse que les trois viroles. Le chirurgien reprend alors la même aiguille , il la fait repasser par le même dernier trou qu'elle a pratiqué, elle s'insinue entre la paroi intestinale et la virole externe de son

Digitized by Google

côté, et vient ressortir au milieu, dans le sillon où se trouve l'adossement des deux bouts de l'intestin. C'est alors que l'aiguille qui n'a pas encore été employée *a*, fig. 44, passe par la première piqûre de la première aiguille, s'insinue aussi entre la paroi intestinale et la virole externe de ce côté, et vient ressortir sur le sillon déjà indiqué, là où est l'adossement des séreuses des deux bouts, là où se fera l'adhésion, là enfin où seront alors les deux bouts de fil. On peut voir par cette description, et par la coupe représentée fig. 45, que la ligature entière est dans le tube intestinal, moins le nœud qui est entraîné par le poids des viroles. *a* montre le fil noué à l'extérieur sur le point d'adossement.

Fig. 44.

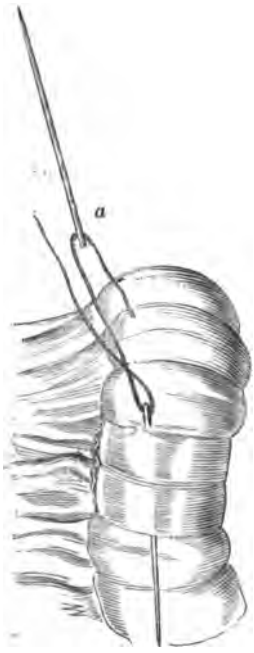
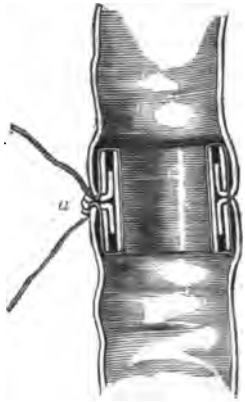


Fig. 45.



Cette suture, comme je l'ai déjà dit, est très ingénieuse, mais très compliquée ; il vaut mieux que la virole la plus concentrique porte un crochet élastique qui la fixe à une des deux autres. D'ailleurs, quand ces viroles ont justement les dimensions voulues, elles s'emboîtent si bien qu'elles ne se séparent pas même sans fil.

Voici ce qui arrive quand les choses se passent bien : les deux viroles excentriques sont séparées par deux rebords séreux; là se fait promptement une adhésion. Mais entre ces viroles et la virole concentrique sont les portions repliées de chaque bout d'intestin ; ces portions sont fortement comprimées et tombent en mortification. Les trois viroles réunies sont alors libres, elles sont rendues par les selles.

3° *Procédé de M. Choisy* (1). Si on lie l'intestin d'un chien, comme on

(1) Thèse de Paris, n° 322, 1837.

Digitized by Google

lie une artère, de manière à rompre les membranes les plus internes, sur ce point l'intestin présente deux extrémités cylindriques, contiguës d'abord, qui adhèrent bientôt et deviennent continues; plus tard la ligature qui est au fond coupe tout ce qu'elle a embrassé et tombe dans l'intestin, dont la cavité a été rétablie par cette adhérence préalable dont je viens de parler. M. Choisy a été inspiré par cette expérience qui appartient à B. Travers; il a lié ainsi les deux bouts d'un intestin divisé sur un morceau de trachée préalablement introduit dans un des bouts. On a été plus loin : on a remplacé cette trachée par un bouchon de liége, sur lequel on a lié les deux bouts d'intestin superposés. Tout cela a réussi sur les chiens, car les chiens supportent beaucoup de tortures auxquelles l'homme succombe. Les chirurgiens qui savent ce que c'est qu'un étranglement intestinal s'abstiendront toujours d'appliquer sur l'homme de pareils procédés.

Appréciation. Dans le jugement à porter sur ces procédés (1), on ne devra jamais perdre de vue que chez l'homme la péritonite s'allume rapidement, qu'elle se généralise avec promptitude et qu'elle peut tuer en six heures, et même en moins de temps. Or, toute opération qui nécessitera des manœuvres longues, pénibles, pour l'exécution de laquelle beaucoup de piqûres, de sections, de sutures devront être faites, celles qui nécessiteront l'introduction d'un corps étranger dans l'intestin, toutes ces opérations exposeront à la péritonite générale.

J'ai dit, en commençant le traitement chirurgical des solutions de continuité de l'intestin, qu'on a songé d'abord à établir un rapport direct entre la plaie intestinale et la plaie des parois de l'abdomen pour évacuer les matières fécales par cette plaie : c'est la création de l'anus contre nature. Littre liait le bout inférieur, fixait le bout supérieur à la plaie, et établissait ainsi une infirmité qui ne laissait aucune espérance de guérison; ce procédé est généralement et justement abandonné quand il s'agit de traiter une plaie d'intestin. Lapeyronie traversait le mésentère avec un fil, ramenait les deux bouts à l'extérieur, et avec eux l'intestin divisé; il créait un anus contre nature qui pouvait guérir naturellement ou par les procédés que je décrirai après l'article des *hernies*. J'ai déjà dit qu'il faisait un pli

(1) Il est bien entendu que je vais faire l'examen comparatif des procédés employés contre les grandes plaies de l'intestin ou transversales ou un peu obliques.

Digitized by Google

au mésentère, ce qui rapprochait les deux bouts d'intestin. Scarpa ne faisait rien du tout; il se fiait aux adhérences pour fixer l'intestin. Mais, comme on le pense bien, le procédé de Scarpa, qui est celui de la nature, ne peut être approuvé que quand il s'agit d'une perte de substance faite à un intestin par la gangrène, laquelle a été précédée d'une inflammation partielle qui a déjà fixé l'intestin autour du col d'un sac herniaire, quand l'élimination de l'escarre est survenue. D'ailleurs c'est après l'article *Hernies* qu'un jugement définitif devra être porté sur le procédé Scarpa.

Reste le procédé de Lapeyronie, auquel j'associe celui de Palfin. Ici l'anse de fil, au lieu de traverser le mésentère, traverse les lèvres de la plaie intestinale qu'elle ramène, qu'elle applique contre la plaie extérieure. Simplicité, promptitude, un seul fil laissé traversant les parties, point d'incision sur l'intestin ni sur le mésentère; par conséquent moins de chance pour une vive inflammation, et nulle crainte pour l'hémorrhagie : voilà les caractères principaux de ces deux procédés. L'anus contre nature qui s'établit ainsi peut être guéri. Ainsi, accidents primitifs, accidents consécutifs bien moins à craindre que par les autres procédés. Ces deux procédés doivent donc tenir le premier rang dans la pratique. J'avoue que si j'avais à choisir entre eux, je préférerais celui de Palfin. L'anse de fil de Lapeyronie, en tirant en avant le mésentère, forme un éperon très saillant, et tend à écarter les bouts d'intestin dont la surface antérieure n'est nullement fixée. Au contraire, l'anse de Palfin, embrassant les deux bouts d'intestin ou les deux lèvres de leur plaie, les porte contre l'abdomen, tend à opérer leur rapprochement mutuel, et les fixe à la paroi abdominale; une fois l'adhérence établie sur ce point, les accidents relatifs à l'épanchement ne sont plus à craindre.

Certes, si les procédés qui ont pour but de rétablir instantanément la continuité de l'intestin étaient aussi simples, aussi faciles à exécuter, et n'exposaient pas plus aux accidents primitifs que les deux que je viens d'examiner, il faudrait toujours les préférer : mais il n'en est point ainsi. D'abord l'invagination nécessite une dissection des deux bouts de l'intestin; car il faut qu'ils soient indépendants du mésentère dans une certaine étendue, pour pouvoir passer l'un dans l'autre. Dans ce temps de l'opération, on peut blesser des artérioles qui donneront assez pour inquiéter l'opérateur et compromettre l'opération. Pour faire une invagination convenable, on

Digitized by Google

doit au préalable distinguer le bout supérieur de l'inférieur, car c'est celui-ci qui reçoit, et l'autre qui est reçu. On conseille pour cela l'administration d'un sirop coloré, d'un laxatif huileux : c'est par le bout supérieur que ces substances sortent ; tandis que le bout inférieur paraît plus épais, sa membrane ressort davantage, ce qui est, pour le dire en passant, une mauvaise condition pour recevoir l'autre bout. D'ailleurs, pour cet examen, il faut quelquefois un long temps qui est tout au profit de l'irritation qui va causer la péritonite.

Après l'invagination, qui n'est pas du tout facile à faire, il faut des points de suture; s'ils sont nombreux, c'est une nouvelle cause d'irritation ajoutée à celles des manœuvres précédentes. Si on ne fait que deux points, ils sont insuffisants pour maintenir les nouveaux rapports de l'intestin, et on doit craindre un épanchement si on le réduit.

Les procédés qui nécessitent l'introduction d'un corps étranger dans le tube intestinal sont plus compliqués encore que les précédents. Il y a ici les longueurs des manœuvres, l'irritation causée par la suture et celle du corps étranger, et tout cela encore au profit de la péritonite primitive. De plus, ce corps étranger peut s'arrêter dans le voyage qu'il a à faire avant de parvenir à l'anus, il peut ulcérer un point du tube digestif et donner lieu à une péritonite consécutive. J'ai vu opérer par la méthode de M. Denans : je possède même un intestin de chien réuni par les viroles ; j'ai fait des essais pour m'assurer de la valeur du procédé de mon compatriote ; je puis assurer qu'aucun ne prévient mieux l'épanchement primitif, car les deux bouts d'intestins sont inséparables, une fois étreints par les trois anneaux métalliques ; mais il est plus long, plus difficile qu'on ne pense de les appliquer, et quoique les chiens les rendent par les selles très rapidement, je doute fort qu'il en puisse être de même pour l'homme. Le chien a l'habitude de digérer des os, de les rendre même parfois par les selles sans les digérer ; ses intestins ne sont donc pas fort irrités par les viroles. En serait-il de même pour l'homme ? Si on veut toute ma pensée sur les principales méthodes, l'ancienne et la moderne, je dirai qu'on s'est un peu exagéré dans les commencements les avantages des travaux de nos contemporains et qu'on n'a pas toujours compris les avantages de la méthode ancienne. Dès qu'une inflammation vive et franche est allumée dans le ventre, il se fait un épanchement de lymphe

Digitized by Google

plastique qui a une grande tendance à l'organisation. Elle colle, elle réunit toutes les parties qui se trouvent dans la sphère où elle est produite, et dans les rapports où elles se trouvent quand elle est produite. C'est une espèce de gangue qui enveloppe tout ce qui a été touché par l'inflammation ; il ne se fait pas de réunion sans cet intermédiaire. Quand les séreuses sont adossées, il y a une lame de cette lymphe entre elles ; quand une muqueuse est appliquée contre une séreuse, il s'en répand aussi entre elles. Voilà ce qu'on nous avait fait perdre de vue et ce qu'il faut ne pas oublier : ainsi, quand un intestin est invaginé à la méthode Randorh, il y a une muqueuse contre une séreuse, et cependant il y a de la lymphe entre elles qui les fait adhérer, parce que la muqueuse est dans de bons rapports ; si elle était en rapport avec une autre muqueuse ou des matières irritantes nouvelles, cela n'arriverait pas, ou beaucoup plus difficilement. D'ailleurs voici l'opinion de M. Velpeau sur la nouvelle méthode : « En dernière analyse, la prudence permet-elle de s'en remettre à de pareils moyens, moyens qui amèneraient nécessairement la mort s'ils venaient à manquer leur effet ? Est-il permis de risquer ainsi la vie des hommes, quand, en établissant un anus contre nature, on a la presque certitude de ne pouvoir le guérir plus tard ? J'ai mis en pratique sur des chiens le procédé de M. Jobert et celui de M. Lembert, modifiés à ma manière. Soit que je n'eusse pas pris toutes les précautions convenables, soit que je n'eusse pas toute l'habitude nécessaire pour de pareilles tentatives, je dois avouer que, dans deux cas sur six, les matières se sont épanchées dans le péritoine, et que la mort des animaux en a été la suite. J'ajouterai que, des quatre autres, deux seulement ont été parfaitement guéris, tandis que le troisième et le quatrième avaient conservé un pertuis par lequel s'échappaient des mucosités qui n'étaient point entourées d'adhérences ou de fausses membranes, et qui n'eussent pas été très rassurantes pour l'avenir. J'ai aussi voulu renouveler les tentatives de M. B. Travers, et le fait est que sur deux chiens, les seuls que j'aie ainsi traités, l'intestin étranglé s'est rompu, que je l'ai trouvé totalement divisé lors de la mort de l'animal arrivée le surlendemain (1). »

Tout ceci n'affaiblit en rien le mérite des expérimentateurs qui ont créé la nouvelle méthode ; c'est même en appréciant justement

(1) *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, 2e édit., Paris, 1839, tom. II, pag. 139.

Digitized by Google

leurs travaux qu'on leur donnera une plus longue durée. En les présentant sous un jour trop favorable sous le rapport pratique, on pourrait les compromettre au lieu de les faire valoir. Quoi qu'il en soit, l'histoire des plaies intestinales témoignera de l'esprit inventif des chirurgiens de notre époque. Voyez d'ailleurs le livre de M. Jobert, où ces questions se trouvent si bien traitées (1).

Depuis la publication de ma première édition, d'autres procédés ont été mis au jour. Je vais faire connaître les principaux.

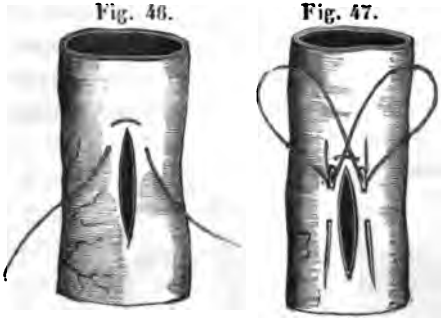
Procédé de M. Moreau-Boutard. Il consiste dans l'excision du bourrelet muqueux renversé en dehors des lèvres de la plaie intestinale, et l'adossement de la séreuse avec le tissu sous-muqueux mis à découvert, rafraîchi.

L'adossement de la séreuse avec le tissu sous-muqueux constitue véritablement une méthode au point de vue théorique et pratique. Mais cette excision, dit M. Jobert (2), que M. Moreau-Boutard a pu exécuter sur des chiens, serait, dans bien des cas, matériellement impossible sur l'homme ; elle exposerait d'ailleurs à la mortification de l'intestin, privé de ses moyens de nutrition. Enfin, la réunion, quand elle a eu lieu, s'est opérée par le contact des séreuses ou par la lymphe qu'elles exhalent.

Procédé de M. Gély. Voici son application aux plaies longitudinales d'après la description et les figures publiées par M. Gély (3).

Un fil ciré est armé à chaque extrémité d'une aiguille ordinaire. L'une d'elles est enfoncée parallèlement à la plaie, en dehors et en arrière de l'un de ses angles, à une distance de 4 à 5 millimètres; elle ressort après un trajet de 4 à 5 millimètres dans l'intestin. L'autre aiguille est ensuite employée à exécuter la même manœuvre sur la lèvre opposée, fig. 46. Les fils sont alors croisés ; l'aiguille de gauche passe à droite, et réciproquement, fig. 47. Chacune d'elles sert alors

Fig. 46. Fig. 47.



(1) *Traité des maladies chirurg. du canal intest.*, Paris, 1829, 2 vol. in-8°.

(2) *Mémoires de l'Académie royale de médecine.* Paris, 1846, t. XII.

(3) *Recherches sur l'emploi d'un nouveau procédé de suture contre les déversions de l'intestin.* Paris, 1844.— Les précédentes figures étaient empruntées à M. Bourgery.

Digitized by Google

à faire un nouveau point entièrement semblable au premier, avec la précaution de piquer tout d'abord dans le trou de sortie du fil qui vient d'être porté au côté opposé. Cette manœuvre est ensuite répétée autant de fois que cela est nécessaire pour garnir toute l'étendue de la plaie, fig. 48, 49. Cela fait, il reste, avant de nouer les fils, à serrer convenablement chaque point. Cette

Fig. 48.

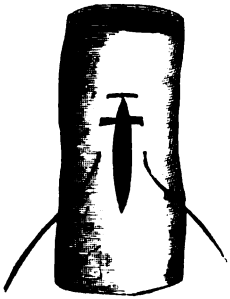
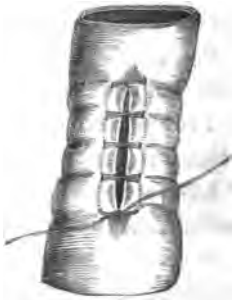


Fig. 49.

Fig. 50.



partie de l'opération se fait en prenant successivement chaque échelon transversal, et même chacun des deux fils qui le composent, avec une pince à disséquer, et en exerçant dessus une traction convenable, tout en déprimant les lèvres de la plaie. Elles ne tardent pas à s'adosser avec une telle exactitude, que l'on n'aperçoit plus au dehors aucune trace des fils qui ont produit ce résultat. Les fig. 49, 50, 51 indiquent trois degrés de rapprochement. Lorsque cette opération est terminée, il ne reste plus qu'à nouer ensemble les deux fils opposés et à couper les chefs au ras de ce nœud. Nous avons déjà dit que, dans ce cas, il est aussi bien caché que le reste du fil. Quand on examine par l'intérieur de l'intestin cette espèce de suture, on observe un repli valvulaire formé par les tuniques intestinales adossées fig. 52; puis, à la base et de chaque côté, la ligne continue, représentée par les anses du fil qui ferment si com-

Fig. 51.

Fig. 52.

Fig. 53.

Digitized by Google

plétement la plaie. La fig. 52 représente du côté de la muqueuse cette suture commencée quand trois points seulement ont été faits.

Les aiguilles employées doivent être un peu plus grosses que le fil, pour que celui-ci passe très facilement après elles. L'intestin doit être perforé au moins à 4 millimètres en dehors de la plaie, de chaque côté; c'est à cette distance que doivent se trouver les deux lignes formées par les anses latérales, qui sont ainsi écartées l'une de l'autre de 8 millimètres.

Le renversement ne peut être effectué qu'à cette condition. Toutes les tuniques doivent être percées du même coup de dehors en dedans, puis de dedans en dehors. Pour éviter de cheminer obliquement dans leur épaisseur, et pour ne pas faire le point trop long, il faut aplatir l'intestin dans cet endroit, en pressant entre deux doigts les surfaces opposées. La distance entre l'ouverture d'entrée et celle de sortie doit être au plus de 6 millimètres, ce qui fait dix anses pour chaque bout, pour un intestin dont la circonférence serait, après la réduction, et dans le cas de section complète, de 6 centimètres. Après avoir croisé les fils, il ne faut pas tenir à faire pénétrer l'aiguille exactement par le trou de sortie du fil opposé, ce qui rendrait plus que difficile la partie de l'opération qui consiste à adosser les surfaces. *Du reste*, dit M. Gély, *on rend infailliblement l'opération plus facile et plus prompte en serrant dès qu'on a fait deux points de chaque côté, et en les arrêtant de suite par un petit nœud.* En continuant ainsi sur toute la longueur de la plaie, on éprouve moins de difficulté à mettre les parties en contact. Cette méthode est surtout indispensable dans les plaies complètes. Une précaution fort importante consiste à bien maintenir le parallélisme entre la longueur des points faits de chaque côté, pour que les parties rapprochées se correspondent bien. Dans les plaies complètes, la suture sera commencée au bord libre de l'intestin, pour venir se terminer au même point. Pour exécuter cette suture, il faut employer un fil délié. La soie à coudre, de moyenne grosseur, est, selon M. Gély, le meilleur lien qu'on puisse choisir. Il importe qu'elle soit toujours fortement cirée et qu'elle ne cordonne pas.

Le procédé est le même, quelles que soient la direction et la situation de la blessure.

Toujours l'adossement s'effectue par une inflexion égale de chacune des lèvres de la plaie, inflexion qui, ne dépassant pas l'angle droit, peut être appelée un *demi-renversement*, par rapport à la du-

Digitized by Google

plicature de l'intestin proposée par M. Jobert pour les plaies complètes.

Quand, au lieu d'une plaie simple, dit M. Gély, il existe une perte de substance un peu étendue, les bords peuvent encore être mis en contact par le même procédé : seulement, alors, l'intestin doit être coudé ou infléchi plus ou moins sur lui-même. Quand le coude de l'intestin se rapproche de l'angle droit, l'inflexion des lèvres de la plaie est moindre que dans les plaies simples, et quand il dépasse l'angle droit, le renversement est à peu près nul; mais il y a alors adossement de l'intestin avec lui-même. Ainsi, dans le cas de perte de substance, plus celle-ci est étendue, plus le coude formé par l'intestin réuni sera marqué, et moins il y aura de courbure dans les lèvres juxtaposées par leur surface séreuse. Cette courbure de l'intestin peut être portée, sans inconvénient, au point de rendre parallèles les deux bouts infléchis.

Dans le cas de perte de substance, de forme ronde ou elliptique, on peut donc mettre facilement en contact l'une avec l'autre chacune des deux demi-circonférences de la plaie.

Selon M. Gély encore, une conséquence forcée de cette dernière proposition, c'est que le même procédé de suture peut servir à mettre en contact deux plaies, deux pertes de substance placées à une certaine distance l'une de l'autre, car il est aussi facile d'agir sur deux circonférences isolées que sur deux portions d'une même circonférence. Le cercle à parcourir est complet, et par conséquent plus grand dans le premier cas; mais il peut l'être aussi exactement et de la même manière. Après cette opération, les deux anses intestinales sont adossées parallèlement, et une communication fistuleuse s'établit entre elles.

Voici sur ce procédé (1) le jugement qui a été porté par un chirurgien très compétent. A ce procédé, dit M. Jobert dans son rapport fait à l'Académie de médecine, sont inhérentes des coarctations, et une espèce d'anneau valvulaire qui ne peut disparaître par absorption, puisqu'il est formé par l'adossement des parois de l'intestin renversé. D'ailleurs les expériences prouvent que ces valvules demeurent ce qu'elles étaient, qu'elles exposent à la rétention des matières. L'examen des pièces envoyées par M. Gély à l'Académie a fait reconnaître que ces fils étaient, sans exception, retenus dans le point où on les avait fixés. En résumé : 1° la suture *en piqué* adosse les séreuses, et lorsqu'il s'agit d'une plaie de peu d'étendue elle peut

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1846, tom. XII.

Digitized by Google

réussir; 2° dans les plaies circulaires complètes, cette suture ne s'applique qu'avec une extrême difficulté, et l'on n'y parvient qu'aux dépens du calibre de l'intestin. On ne peut, en effet, produire l'adossement partout, et vaincre la tendance au renversement qu'en tirant fortement sur les deux chefs du fil, ce qui doit nécessairement froncer les parois du canal intestinal, diminuer, sinon oblitérer la cavité de ce conduit; 3° quant à la facilité d'exécution du procédé, nous ne croyons pas, dit M. Jobert, qu'elle soit telle que M. Gély semble l'établir et on s'en convaincra, en l'exécutant.

M. Jobert démontre ensuite que la suture intestinale, telle qu'il la pratique depuis longtemps, ne détermine ni valvule oblitérante, ni stase dans le cours des matières fécales; il rend compte d'expériences toutes récentes faites par lui à l'hôpital Saint-Louis, et desquelles il ressort que l'invagination par adossement des séreuses est une opération facile; qu'elle peut se pratiquer sans disséquer le mésentère des deux bouts de l'intestin, sans qu'il soit nécessaire de distinguer ceux-ci l'un de l'autre (l'inférieur du supérieur). A l'appui de ses assertions, M. Jobert a déposé sur le bureau de l'Académie les intestins de chiens sacrifiés après qu'ils eurent subi l'invagination par son procédé; ils prouvent que la réunion est des plus intimes, qu'elle a eu lieu sans diminution de calibre de l'intestin. M. Jobert insiste sur le soin avec lequel le chirurgien doit surveiller l'élimination des fils; en effet, lorsqu'ils demeurent dans la cicatrice, ils donnent lieu à l'induration et même à la suppuration du tissu cellulaire : aussi doit-on les disposer de telle façon qu'ils puissent tomber dans la cavité de l'intestin, ou être retirés par la plaie extérieure. Les fils ont-ils traversé toute l'épaisseur des parois intestinales, on peut sans danger en couper les chefs à ras du nœud, l'anse du fil tombera dans la cavité de l'intestin; mais si les fils n'ont fait que labourer les tuniques intestinales sans perforer la muqueuse, il importe de les fixer au voisinage de la plaie intestinale pour les en extraire au moment où ils se détacheront, faute de quoi ils resteraient dans la cicatrice ou tomberaient dans le péritoine. C'est pour avoir perdu de vue ce mécanisme de l'élimination des fils qu'un chirurgien a eu la douleur de voir périr un blessé auquel il avait pratiqué la suture de l'intestin; il succomba à une péritonite qui avait eu pour point de départ une anse de fil perdue dans le péritoine.

Quant au procédé de M. Reybard, dit M. Jobert, il consisterait

Digitized by Google

dans un véritable affrontement des tuniques de l'intestin, dans une réunion par première intention; mais le peu d'épaisseur des parois de l'intestin, leur mobilité, en rendent l'affrontement inexécutable.

M. Jobert croit devoir ajouter à l'examen de ces procédés la description d'une suture ingénieuse due à M. Nuncianti (Hippolyte), professeur d'anatomie à Naples. On peut l'appeler *suture en spirale*. Elle se pratique avec un fil qui passe alternativement de gauche à droite et de droite à gauche, en laissant, en sens opposé, chacun de ses bouts aux angles de la division; en tirant sur les extrémités du fil, on renverse en dedans les lèvres de la plaie, qui se trouvent adossées séreuse contre séreuse. Le professeur de Naples a pratiqué trois fois son procédé avec succès.

M. Jobert est amené à conclure que la méthode par adossement des séreuses est encore celle qui réunit le plus grand nombre d'avantages réels; que, sauf le procédé de suture de M. Nuncianti, aucun de ceux qui ont été récemment proposés n'a introduit dans la pratique une modification avantageuse; que plusieurs doivent être proscrits comme dangereux dans leur application, ou impraticables sur l'homme (1).

ARTICLE II.

Hernies abdominales en général (2).

Je vais étudier d'abord les hernies de l'abdomen en général, c'est-à-dire les hernies intestinales et épiploïques, sans égard pour le point de la cavité abdominale qui laisse sortir les parties. Ces hernies, étant de beaucoup plus fréquentes, se prêteront beaucoup mieux aux généralités. Je traiterai ensuite des hernies considérées dans les différents points du ventre qui leur livrent passage; viendront enfin les hernies des organes qui se déplacent bien moins souvent que l'intestin et l'épiploon. Tous ces déplacements seront examinés successivement à l'état simple et avec leurs complications, leurs accidents, savoir l'irréductibilité, l'engouement l'étranglement, etc.

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1845, t. X, pag. 1036. — *Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1846, t. XII.

(2). Dans cet article, je ne puis me dispenser de faire de l'anatomie, car on peut l'invoquer dans presque toutes les questions que j'ai à traiter.

Anatomie normale. Les parois abdominales présentent des dispositions

Digitized by Google

Composition de la hernie. La hernie est composée de deux parties principales : une partie contenante, le *sac;* des parties contenues, les *parties déplacées.*

1° *Sac.* Les viscères, en s'échappant de la cavité abdominale, poussent devant eux la partie du péritoine qui tapisse l'orifice interne de l'ouverture qui leur donne passage ; c'est le sac herniaire. Le sac n'est pas la seule partie contenante, des feuillets de diverse nature s'ajoutent à cet appendice du péritoine; mais je ne puis étudier ces diverses doublures du sac que quand il s'agira des hernies en particulier. Le sac proprement dit existe dans presque toutes les hernies. Les anciens, J.-L. Petit encore, croyaient que les hernies qui se produisent à la faveur d'une cicatrice de la

différentes, selon le sens dans lequel on les considère. La *paroi postérieure* offre le plus de solidité. Cette paroi est formée sur la ligne médiane par les corps des vertèbres dorsales inférieures, par toutes les lombaires, et par le sacrum; sur les côtés, par les fausses côtes; par les apophyses transverses des vertèbres lombaires, par les muscles carrés des lombes, psoas, et par la masse charnue et aponévrotique commune aux sacro-lombaires, long dorsal et transversaire-épineux; cette paroi est en rapport, dans une grande partie de son étendue, avec des viscères à situation fixe, et donne insertion aux replis du péritoine qui soutiennent les viscères flottants. La *paroi supérieure* est constituée par le diaphragme; c'est le point le plus mince de l'enceinte ; là, cette paroi serait peu résistante, si elle n'était soutenue par le cœur et la base des poumons. A droite, cette paroi est en rapport immédiat avec le foie. La *paroi inférieure* est formée par le plancher du bassin; elle a peu de largeur, mais une épaisseur considérable : elle est constituée par tous les tissus compris entre les culs-de-sac pelviens du péritoine, la surface cutanée du périnée et de la région anale. Cette paroi est fort en arrière de l'axe de la cavité abdominale. Enfin, la paroi *antéro-latérale* est formée par les muscles larges de l'abdomen, dont les portions charnues et aponévrotiques sont distribuées de manière à donner à cette portion de l'enceinte abdominale la solidité et la mobilité nécessaires aux fonctions de cette région, sans qu'il y ait une grande masse de tissus, une grande épaisseur; ce qui nuirait à ces mêmes fonctions.

L'abdomen contient et protège des organes dont quelques uns envoient des prolongements en dehors; tels sont l'œsophage, le rectum, le vagin. Des vaisseaux pénètrent dans l'abdomen, d'autres en sortent. Les nerfs des extrémités inférieures, étalés en plexus dans l'abdomen, en sortent sous forme de cordons et se dirigent vers les parties auxquelles ils sont destinés. Les vaisseaux qui font communiquer la mère avec le fœtus passent par le milieu de la paroi antérieure de l'abdomen. De si grands, de si nombreux moyens de communication nécessitent de grandes, de nombreuses ouvertures, que l'on remarque sur les différents points des parois abdominales. La paroi *supérieure*

Digitized by Google

paroi du ventre étaient aussi dépourvues de sac ; mais il n'en est certainement pas toujours ainsi. M. Goyrand a vu une hernie qui s'était reproduite après une opération avec destruction totale du sac; cette hernie avait un sac nouveau, dont la cicatrice du péritoine faisait partie (1). Certains viscères recouverts en partie seulement par le péritoine (le cœcum, la vessie) sont ordinairement accompagnés d'un sac péritonéal, mais ne sont pas contenus dans ce sac. Je reviendrai plus tard sur cette disposition.

La portion du sac qui est embrassée par l'ouverture abdominale est plus étroite, c'est le *collet*. Il y a un renflement au-dessous, c'est le *corps ;* cette partie est sphérique, ovoïde, piriforme, suivant

(diaphragmatique) offre les ouvertures qui livrent passage à l'aorte, à la veine cave inférieure et à l'œsophage. La paroi *postérieure* n'en présente aucune. L'*inférieure* ou pelvienne laisse passer par sa partie postérieure l'intestin rectum ; au-devant de celui-ci, le vagin chez la femme, et l'urètre; par ses parties postérieures et latérales, les grands nerfs sciatiques ; par ses parties antérieureset latérales, les vaisseaux et nerfs sous-pubiens.

Enfin, la paroi *antérieure* présente, inférieurement, 1° les deux canaux inguinaux, qui transmettent au dehors, chez l'homme, les cordons spermatiques, chez la femme les ligaments ronds de la matrice; 2° les deux canaux cruraux, par lesquels sortent les grands vaisseaux destinés aux membres pelviens ; 3° à la partie moyenne de cette paroi, l'ombilic, qui chez le fœtus est un anneau libre transmettant du placenta au fœtus et de celui-ci au placenta les vaisseaux ombilicaux. Chez l'adulte, cet anneau est resserré sur l'extrémité de ces vaisseaux oblitérés, avec lesquels il se confond en une cicatrice solide, pouvant toutefois se dilater par la distension excessive de la paroi abdominale.

Le péritoine tapisse toute la cavité du ventre, aux parois de laquelle il est uni par un tissu cellullaire dense et serré dans certains points, lâche et abondant ailleurs, et particulièrement aux environs des ouvertures qui laissent sortir des vaisseaux, des nerfs et des portions de viscères. Dans ces points, ce tissu cellulaire se continue avec celui qui entoure les organes sortant par ces ouvertures.

L'axe de la cavité abdominale suit une grande courbe à convexité antérieure ; mais, en faisant abstraction du petit bassin, on a une vaste cavité contenant presque tous les viscères abdominaux, cavité dont le point le plus déclive se trouve en bas et en avant. Là, les viscères flottants sont entraînés par leur poids; c'est là qu'ils sont poussés par les contractions du diaphragme; c'est là qu'ils sont dirigés par les plans inclinés offerts par les fosses iliaques. Notez que les parties inférieures et latérales de la paroi antérieure ne contiennent que très peu de faisceaux charnus; elles sont principalement aponévro-

(1) *Presse médicale*, 1837.

Digitized by Google

la disposition de la région. On appelle *fond* la partie la plus évasée ou la plus éloignée du collet. La surface intérieure séreuse est en contact avec les parties déplacées, et communique avec la cavité du péritoine. La surface extérieure est unie aux parties voisines par un tissu cellulaire lâche pour la hernie récente et d'un petit volume : ce tissu devient plus tard dense et serré.

Pour former le sac, le péritoine se déplace et s'allonge. Il se forme brusquement dans certains cas; mais le plus souvent il se développe d'une manière lente. Ces nouveaux rapports du péritoine lui impriment un autre mode de nutrition. Dans les premiers temps le collet du sac se vascularise d'une manière remarquable à sa surface extérieure. M. Demeaux a cru reconnaître, dans cette doublure cellulo-vasculaire, un tissu dartoïde et contractile, qu'il a même vu, dit-il, manifestement musculaire. Plus tard, à la période de développement du sac que M. Demeaux appelle troisième période, cette couche extérieure a perdu sa vascularité, est devenue résistante, fibreuse. Jusqu'alors, le collet du sac était susceptible de

tiques : chez certains sujets, leurs fibres sont lâches, et pendant les contractions des parois abdominales on les voit former, de chaque côté, une saillie ovale, oblique, de l'épine iliaque antérieure et supérieure vers le pubis, saillie que certains jeunes soldats cherchent à faire passer pour des hernies, afin de s'affranchir du service militaire.

L'abdomen contient de nombreux organes dont la situation et le mode d'union avec les parois de cette cavité ont une grande influence sur la production des hernies. De ces organes, il en est de flottants et très mobiles; ce sont l'épiploon gastro-colique, l'intestin grêle, l'arc du colon et le colon iliaque. D'autres, d'une mobilité bien moins grande, sont cependant encore plus ou moins exposés à se déplacer : ce sont le cœcum, l'estomac, la vessie, les ovaires, l'utérus et ses trompes, le foie, la rate. Il en est enfin qui ont une position fixe et invariable : ce sont la plus grande partie du duodénum, le pancréas, les reins, les capsules surrénales.

Ces simples données anatomiques indiquent les points de l'abdomen où on trouvera le plus souvent des hernies et les organes qui se déplacent le plus souvent. Qui ne prévoit que la situation des canaux inguinaux et cruraux les expose à être forcés par les viscères bien plus souvent que les autres ouvertures de l'abdomen ? L'épiploon gastro-colique, l'intestin grêle, l'arc du colon et le colon iliaque, à cause de leur mobilité, doivent nécessairement se déplacer plus souvent que le cœcum, la vessie, l'utérus et ses trompes, les ovaires. Ces derniers organes s'échappent moins rarement qu'une portion de l'estomac, moins rarement surtout que la rate et une portion du foie; tandis que jamais le pancréas et les reins ne feront hernie.

Digitized by Google

quelque dilatation ; à cette période, il est devenu tout-à-fait inextensible.

Le corps du sac est souvent irrité, enflammé même, ce qui détermine son épaississement, qui se prononce à mesure que la hernie vieillit ; mais cette espèce d'hypertrophie n'est pas constante. Quelquefois, au contraire, quand la hernie devient très volumineuse, le sac, distendu outre mesure, s'amincit, s'atrophie ; il finit par se confondre tellement avec les parties qui le recouvrent, et avec la peau, qu'il semble n'être qu'une surface de cette membrane. Quelquefois, alors, c'est seulement au collet qu'on reconnaît les traces d'une membrane indépendante. C'est quand le sac a subi cette espèce d'atrophie qu'on distingue, à travers la peau, la forme et les mouvements des intestins herniés. A. Cooper voit dans cette altération une destruction du sac par absorption (1). Le sac peut, en s'hypertrophiant, se diviser en feuillets distincts, dont le nombre varie. On a même trouvé entre eux des épanchements séreux, des kystes.

Le sac ne présente pas partout la même épaisseur, la même résistance. Il cède aux viscères plus dans un sens que dans un autre. Il devient alors irrégulier, multiloculaire. Il peut être déchiré par une violence extérieure, comme je l'ai déjà dit à l'article *Rupture de l'abdomen :* alors, par la rupture du sac, les parties passent dans le tissu cellulaire ambiant.

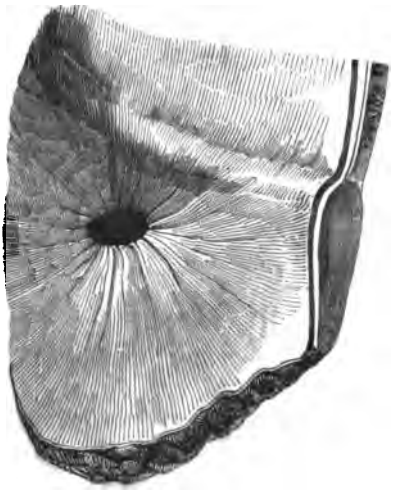
Le collet du sac présente des dispositions variées ; il se moule à peu près sur l'ouverture abdominale qui livre passage aux organes. C'est un anneau au-dessus et au-dessous duquel le péritoine et le sac s'évasent brusquement, quand l'ouverture est directe et annulaire. Si l'ouverture est oblique et canaliforme, la portion du péritoine ou du sac contenue dans le canal, au-dessus ou au-dessous du collet, est ordinairement infundibuliforme. Quelquefois alors le collet du sac est allongé et tubuleux ; enfin, on a vu le sac, rétréci aux deux orifices d'un canal, présenter, entre ces deux points, une cavité : dans certains cas, cette loge s'est trouvée assez large pour que, dans l'opération de la hernie, on l'ait prise pour la cavité du péritoine, et qu'on ait repoussé dans son intérieur les viscères herniés, en laissant subsister l'étranglement à l'orifice supérieur.

(1) *Œuvres chirurgicales*, trad. de Richelot et Chassaignac, pag. 205.

Digitized by Google

Si le sac est récent, le péritoine présente, à la partie embrassée par l'ouverture abdominale, un froncement dont les plis s'effacent quand on étale la poche après l'avoir incisée dans toute sa longueur. La figure 54, qui est une portion du bassin vue par sa face péritonéale, montre parfaitement ce froncement du collet appartenant à une hernie par le trou obturateur (1). Mais, à mesure que le sac vieillit, les plis de son collet se réunissent, se confondent, et l'orifice, rétréci et inextensible, présente intérieurement une espèce de valvule, quelquefois mince et tranchante. La compression de la pelote du bandage hâte le rétrécissement et contribue à augmenter la densité du repli valvulaire du collet du sac.

Fig. 54.



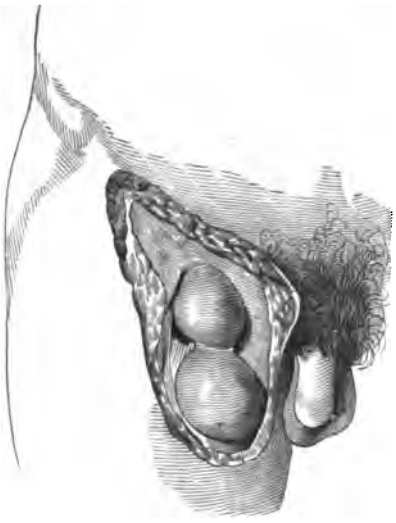
Quelle est la cause déterminante de ces modifications du péritoine qui constituent le collet du sac? Ces changements s'opèrent souvent d'une manière insensible et par le seul fait de l'action permanente du pourtour de l'ouverture abdominale, de la compression de la pelote, et d'une contention parfaite de la hernie. Les tissus organiques se conforment ainsi à la disposition des parties avec lesquelles ils sont en rapport. Ceux qui ont disséqué un certain nombre de hernies, se rappellent avoir vu des sacs dont le collet bien prononcé présentait un pourtour égal, lisse, régulier; mais souvent aussi il en est autrement, et le collet offre à sa surface interne des inégalités, des brides, des stigmates, comme les appelle M. Roustan (*Journal de chirurgie*, 1843, p. 298), espèces de cicatrices quelquefois plus blanches que les parties voisines, présentant d'autres fois des taches noires, et qui sont évidemment des suites de l'inflammation. Ces cas-là sont, sans contredit, ceux dans lesquels le col du sac présente le resserrement le plus considérable, le resserrement le plus propre à amener la guérison de la hernie.

(1) Demeaux, *Annales de la chirurgie*, Paris, 1842, t. V, p. 342.

Digitized by Google

On trouve des sacs qui présentent dans leur longueur plusieurs de ces rétrécissements. Voici l'explication de ce phénomène : il existe une hernie ancienne ; un nouvel effort fait sortir une plus grande quantité de parties ; le sac n'est pas suffisant pour les recevoir et il ne peut se dilater ; il est alors déplacé en totalité, et il entraîne une nouvelle portion du péritoine, qui forme un nouveau sac, lequel aura alors pour fond le collet de l'ancien sac. Les deux sacs ressembleront au sablier dont on se sert pour marquer les heures. La fig. 55 montre très bien cette variété. Le rétrécissement qui est maintenant entre les deux ovoïdes était jadis le collet du premier sac qui se trouve l'inférieur. Il peut arriver au second sac ce qui est arrivé au premier. Le nouveau collet peut à son tour être déplacé, et il peut ainsi se former une certaine quantité de renflement : c'est alors le sac à chapelet.

Fig. 55.



Cette disposition du sac, bien observée par Arnaud, qui en avait parfaitement conçu le mécanisme, a été depuis étudiée par Scarpa, Dupuytren et beaucoup d'autres chirurgiens. Rare dans la hernie crurale (1), elle l'est beaucoup moins dans la hernie vaginale ; on la rencontre bien plus souvent dans la hernie congénitale que dans la hernie accidentelle.

Si l'effort qui déplace le sac et le chasse en bas ne détache pas le collet dans toute sa circonférence, à cause de quelque adhérence partielle, il ne s'en forme pas moins un nouveau sac ; mais, au lieu d'être au-dessus du premier, il descend, parallèlement à celui-ci, dans la même gaîne celluleuse. Cette dernière disposition, comme la première ou celle dans laquelle les sacs sont superposés, est plus fréquente dans la hernie inguinale congénitale que dans aucune

(1) Cette figure 55 représente cependant une hernie crurale chez l'homme, d'après le *Mémoire* de Demeaux, pl. II, fig. 5.

Digitized by Google

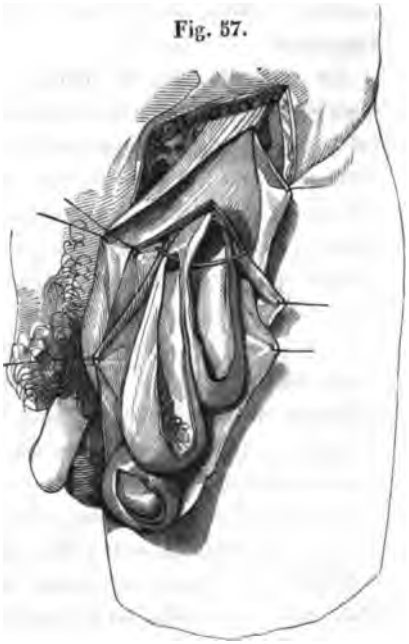
autre; aussi, Arnaud, Scarpa, n'avaient-ils vu le double sac parallèle dans la même gaîne que dans ce cas-là.

Enfin, on a vu, par suite d'une autre variété dans le mode de déplacement du péritoine, un petit sac naître perpendiculairement d'un point quelconque de la longueur du sac principal, auquel il formait une espèce appendice.

Il est évident, ainsi que le remarque M. Demeaux, que les faits publiés par Dupuytren comme des cas de rupture de la cloison séparant le sac herniaire de la tunique vaginale, n'étaient autres que des cas de hernies congénitales à double sac superposé ou parallèle. Quand il existe deux sacs parallèles dans la même gaîne, ils ont, le plus souvent, un orifice commun dans la cavité du péritoine et communiquent entre eux par une échancrure que présente au-dessous de cet orifice la cloison qui les sépare. Là, l'orifice de chaque sac présente souvent des dimensions différentes. Il arrive, par exemple, que l'orifice du sac le plus ancien est très étroit et même oblitéré, tandis que celui de l'autre est large et libre. Les figures 56 et 57 représentent deux sacs parallèles. A la fig. 56, on voit que le sac qui descend le plus bas et qui finit au testicule

Fig. 56.

Fig. 57.



Digitized by Google

est oblitéré; alors les organes voulant absolument sortir se sont formés un autre sac à côté, c'est le sac le plus externe qui est représenté tout-à-fait vide. La fig. 57 montre bien la communication des deux sacs dans une hernie inguinale. Les deux sacs ont une ouverture commune dans la cavité du péritoine : on voit que le premier sac, celui qui descend le plus bas, est rétréci à son collet; les parties ont formé alors un autre sac à côté, c'est le plus externe ; un petit stylet passe d'un sac à l'autre pour bien montrer le point de communication. Le sac oblitéré à son collet pourra, dans le cas de double sac parallèle, comme dans un sac simple, former une hydrocèle. L'intestin pourra se trouver pincé et étranglé dans le sac à collet rétréci, tandis qu'il formera une hernie libre et réductible dans l'autre. On prévoit toutes les difficultés de diagnostic, tous les embarras qui pourront résulter de ces diverses dispositions.

Le tissu cellulaire qui revêt le sac à l'extérieur peut, en se chargeant de graisse, prendre l'aspect de l'épiploon. Dans certains cas, cette altération embarrasse l'opérateur.

2° *Parties déplacées*. Presque tous les viscères abdominaux peuvent se trouver dans le sac (voyez, pag. 325, la note sur l'anatomie normale). Mais j'ai dit qu'ici j'aurai surtout en vue l'intestin et l'épiploon.

En se déplaçant, les parties conservent ordinairement entre elles les rapports qu'elles avaient dans l'abdomen ; ainsi, l'épiploon est presque toujours situé au-devant de l'intestin, il le précède dans sa chute. Le nombre et le volume des parties déplacées varie infiniment. Une hernie qui n'est pas contenue tend toujours à s'accroître. Il y a des hernies qui ne sont composées que d'une petite portion d'épiploon ou d'un segment de l'intestin ; celui-ci est alors seulement pincé par l'ouverture abdominale, tandis qu'il est des hernies qui renferment presque tous les viscères abdominaux.

En changeant de place, en changeant de rapports, les organes subissent des modifications dans leur structure. Quand la hernie n'est pas contenue, les parties qui la forment subissent des altérations nombreuses et remarquables, qu'on attribue aux froissements auxquels elles sont soumises, à la gêne de leur circulation, etc. On voit les plis longitudinaux offerts par l'épiploon au collet du sac se confondre, et l'épiploon prendre une forme cylindrique, un aspect lisse, une consistance ferme: enfin il se transforme en cordon. Sa partie qui est dans le sac se renfle, s'étale, et forme une espèce de

Digitized by Google

champignon irréductible. L'épiploon, ainsi modifié dans sa forme et sa consistance, conserve ordinairement sa nature graisseuse; il peut cependant subir les dégénérescences squirrheuses et encéphaloïdes. Pott l'a vu présenter les duretés, les nodosités et les élancements du cancer, et a constaté à l'autopsie les caractères de cette dégénérescence (*Œuvres chir.*, tom. I, p. 331 et 435). On a vu s'y former des hydatides. L'épiploon déplacé peut subir des déchirures à travers lesquelles passe l'intestin, qui peut s'y trouver étranglé.

Quelquefois le mésentère s'épaissit dans le sac; ses ganglions s'y engorgent plus ou moins, et la tuméfaction de ce repli péritonéal peut mettre obstacle à la réduction de la hernie (Pott).

L'intestin déplacé se rétrécit quelquefois. On voit aussi ses parois s'épaissir. L'organe ainsi altéré sera toujours gêné dans ses fonctions.

Les parties qui constituent la hernie, mal défendues contre les violences extérieures, sont exposées à des inflammations dont on prévoit les effets. Des adhérences partielles peuvent former des brides tendues entre les différents points du sac. Les viscères contractent aussi entre eux ou avec le sac des adhérences soit partielles, soit générales. Les premières ont lieu au moyen de brides. L'intestin peut s'enlacer autour de ces espèces de cordes, qui deviennent quelquefois des causes d'étranglement. Les adhérences générales forment de toute la hernie une masse dont les diverses parties perdent leur mobilité, et rendent la hernie absolument irréductible.

Causes et mécanisme. Les causes prédisposantes agissent sur les ouvertures naturelles du ventre ou sur un point quelconque des parois de cette cavité, dont elles diminuent la résistance; elles agissent aussi sur les organes ou sur les liens qui les retiennent dans le ventre. Les organes peuvent devenir plus lourds; les liens qui les retiennent à leur place peuvent se relâcher, etc. Les causes déterminantes agissent en poussant avec plus de force les viscères flottants de l'abdomen vers les ouvertures par lesquelles ils peuvent sortir. Dans le premier ordre de causes, sont la constitution molle et débile avec tissu fibreux lâche et peu résistant; un coup violent aux parois du ventre, surtout si le corps vulnérant est anguleux; une plaie, une cicatrice de ces parois, un abcès dans leur épaisseur; une ascite, des grossesses répétées, un état d'obésité ou le relâchement qu'on observe aux parois du ventre après la cessation brusque de ces causes de distension de la cavité, pendant la vieillesse. C'est

Digitized by Google

aussi par la faiblesse congénitale des ouvertures naturelles de l'abdomen que s'explique l'hérédité des hernies prouvée par un grand nombre de faits. C'est dans cet ordre de causes que se rangeraient la prédominance des liquides dans l'alimentation (A. Cooper), l'usage habituel du poisson, du laitage, de l'huile et du beurre, que les anciens chirurgiens considéraient comme prédisposant aux hernies; ajoutez l'habitude des digestions copieuses, des aliments venteux. Ces différents modificateurs développent les organes de la digestion, qui finissent par ne plus être en rapport avec la cavité qui doit les contenir; un climat chaud. La saison d'été, des vêtements et des couvertures trop chaudes agiraient de même (A. Cooper).

Dans le second ordre de causes se rangeront l'habitude des efforts, soit pour soulever des fardeaux, soit pour chanter ou pour jouer des instruments à vent; certains états morbides qui obligent les malades à faire souvent des efforts pour respirer, tousser ou satisfaire les besoins d'exonération; tels sont : l'asthme, le catarrhe bronchique, la coqueluche, la constipation, la rétention d'urine, un calcul vésical, les exercices dans lesquels les viscères flottants subissent de fréquentes et brusques secousses le corps étant dans la position verticale ou à genoux; ainsi : l'habitude de l'équitation, de la danse, du saut, l'usage d'une voiture mal suspendue, les prières à genoux, surtout quand on les chante.

Si la capacité du ventre n'est pas en rapport avec le volume des viscères, soit qu'une obésité excessive ait augmenté le volume de ceux-ci par l'accumulation de la graisse dans l'épiploon et le mésentère, soit que la capacité du ventre soit diminuée par l'usage d'une ceinture ou d'un pantalon trop serré, on verra encore se former une hernie.

La plupart des circonstances indiquées comme causes des hernies suffisent pour les produire par la continuité ou l'énergie de leur action : mais la combinaison de plusieurs de ces causes y donnera lieu bien plus sûrement. Ainsi, si un vieillard, un sujet à fibres molles, ayant les ouvertures de la cavité abdominale larges et faibles, ne fait aucun effort violent, il pourra bien n'avoir jamais de hernie. Mais si, au contraire, il se livre à de grands efforts; s'il est atteint d'asthme, de bronchite chronique, de constipation ou de rétention d'urine, avec sa prédisposition à la hernie, ce vieillard aura infailliblement cette infirmité.

Digitized by Google

On voit, d'après ce qui vient d'être dit, que les circonstances favorables à la production des hernies sont bien fréquentes, bien nombreuses : aussi cette infirmité est-elle très commune. Sa fréquence varie suivant l'âge, le sexe, la profession. M. Malgaigne (1) a cherché à reconnaître l'influence de ces diverses circonstances sur la production des hernies, par des études statistiques qu'il a faites au Bureau central sur plusieurs milliers de sujets. En France, cette infirmité est portée par un individu sur 20, ou deux sur 41, et ce nombre se répartit ainsi, entre les deux sexes : hommes un treizième, femmes un cinquante-deuxième. On rencontre donc à peu près quatre hernies chez l'homme pour une chez la femme. L'état de l'anneau ombilical à la naissance, la persistance si fréquente du canal de Nuck et de la communication primitive de la tunique vaginale avec le péritoine à cette époque, rendent cette infirmité fréquente dans la première année de la vie, surtout chez les garçons : aussi un vingt-unième des enfants de cet âge en étaient atteints. Ces causes prédisposantes disparaissent plus tard : aussi le nombre proportionnel des hernies diminue-t-il rapidement dans les années suivantes. A l'âge de 13 ans, il n'existe plus qu'un hernieux sur 77 enfants. De 13 à 20, il se forme beaucoup de hernies chez les garçons, et très peu chez les jeunes filles. Cette différence entre les deux sexes tient-elle à la différence des jeux et exercices à cet âge?

A l'âge de 20 à 21 ans, il existe à peu près un hernieux sur 32 hommes. On peut en voir la preuve dans les résultats des opérations des conseils de recrutement. De la vingtième à la cinquantième année, le nombre des hernies augmente beaucoup chez les femmes; ce qui peut être attribué aux grossesses répétées, qui, distendant les parois du ventre, écartent les muscles droits, affaiblissent la ligne blanche, dilatent l'anneau ombilical et l'ouverture crurale. A l'âge de 28 ans, un vingt-unième de la population est affectée de hernie. De 30 à 35 ans, le nombre des hernieux est de un dix-septième de la population ; c'est un neuvième de 35 à 40 ans; un sixième à 50 ans; un quart de 60 à 70 ans; un tiers de 70 à 75. Plus tard, il ne se forme plus guère des hernie, et, cette infirmité abrégeant la durée de la vie, le nombre proportionnel des hernies à la population diminue. Ainsi, de 75 à 80 ans, il n'y a plus qu'un

(1) *Recherches sur la fréquence des hernies*, dans *Annales d'hygiène et de médecine légale*, Paris, 1840, tom. XXIV, pag. 5 et suiv.

Digitized by Google

quart de sujets hernieux ; de 80 à 85, il n'en reste qu'un quatorzième ; de 83 à 86, un vingt-troisième ; et de 86 à 100, un cinquante-sixième.

Les classes riches et aisées sont bien moins sujettes à cette infirmité que les classes pauvres et laborieuses. On observe plus souvent les hernies chez les personnes qui exercent des professions dans lesquelles on travaille debout que chez celles qui travaillent assises.

Les personnes d'une taille élevée sont plus souvent atteintes de hernies que celles qui sont petites.

Les hernies qui sortent par une ouverture latérale sont plus fréquentes à droite qu'à gauche. Sur un nombre total de 4,665 hernies, l'ancienne société des bandagistes de Londres a trouvé (1) :

	Côté droit.	*Côté gauche.*
Hernies inguinales chez l'homme,	2,567	1,469
— chez la femme,	20	14
— curales chez l'homme,	47	38
— chez la femme,	264	246

et sur 2,837 hernies, la Société nouvelle a trouvé :

	Côté droit.	*Côté gauche.*
Hernies inguinales chez l'homme,	1,863	927
— chez la femme,	51	84
— curales chez l'homme,	19	11
— chez la femme,	139	93

Les chirurgiens du Bureau central, dont j'ai fait partie, et tous ceux qui ont vu beaucoup de hernies ont reconnu la justesse de ces chiffres.

M. J. Cloquet a donné une explication ingénieuse de ce fait. Dans tout effort qui s'exécute avec le membre supérieur droit, dit ce chirurgien, le tronc se courbe à gauche, et, dans cette position, les contractions du diaphragme poussent les viscères abdominaux vers les ouvertures inguinale et crurale droites. Si c'est bien là la raison de cette différence, les hernies doivent être plus fréquentes à gauche chez les gauchers. Il en est, effectivement, ainsi. La plupart des hernies abdominales se montrent du côté où les contractions des muscles abdominaux sont plus fortes (*Gazette des hôpitaux*).

La plupart des causes des hernies portent leur action sur toutes

(1) Recherches statistiques de Knox, *Gazette médicale*, 1836, pag. 406.

Digitized by Google

les ouvertures abdominales, en même temps : aussi doit-on s'attendre à rencontrer souvent plusieurs hernies chez le même sujet. Rien de plus commun que les hernies inguinales ou crurales doubles : on rencontre quelquefois, chez le même sujet, une hernie inguinale d'un côté et une hernie crurale de l'autre. A. Cooper a vu deux fois une hernie inguinale et une hernie crurale du même côté. M. Goyrand a opéré, il y aquelques années, d'une hernie crurale étranglée, une dame de 55 ans, mère de plusieurs enfants; elle avait deux hernies crurales et une ombilicale.

Voici ce qu'on peut dire de plus général sur le mécanisme des hernies. L'abdomen est rempli par les viscères, qui, dans les efforts violents, sont pressés de toutes parts par les parois contractiles de la cavité. Les viscères flottants sont entraînés par leur poids vers la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen. Dans les efforts, le diaphragme les pousse aussi dans cette direction. Or, dans ce point existent les ouvertures inguinale et crurale, qui doivent résister beaucoup moins que les autres points de la paroi du ventre. Le point le moins résistant des parois abdominales cède à l'impulsion des viscères. Ceux-ci, poussés fréquemment contre l'ouverture abdominale, la dilatent peu à peu et s'y engagent, en poussant devant eux le péritoine pariétal. Comme les causes du déplacement existent toujours, les viscères qui le subissent s'engagent toujours plus profondément. La hernie, d'abord cachée dans l'épaisseur des parois abdominales, si elle se fait à travers un canal, se montre bientôt au dehors, et si on ne s'opposait à son développement, elle acquerrait peu à peu un volume énorme. Telle est la manière dont se forment ordinairement les hernies. Quelquefois, cependant, chez un sujet qui s'y trouve prédisposé, la hernie se produit tout d'un coup. Dans un violent effort, la résistance d'un point de la paroi du ventre est vaincue, et la hernie apparaît brusquement. Enfin, le déplacement peut s'opérer par un autre mécanisme. Chez des sujets très gras, des flocons adipeux se déposent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Peu volumineux d'abord, s'ils s'engagent dans une ouverture naturelle ou un éraillement de la paroi du ventre, ils dilatent l'ouverture, s'épanouissent au dehors, entraînent la portion correspondante du péritoine, qui forme ainsi un sac dans lequel s'engagent les viscères. La hernie qui s'opère de cette manière est connue sous le nom de *hernie graisseuse*.

Symptômes et diagnostic. Les symptômes des hernies sont souvent

Digitized by Google

faciles à saisir. Rarement le diagnostic présente des difficultés, quand la hernie a lieu par une large ouverture, qui laisse entrer et sortir librement les parties. Sur une ouverture naturelle ou un éraillement de la paroi du ventre, ou sous une cicatrice, existe une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau ; cette tumeur grossit et se tend pendant la position verticale, par les efforts de la toux, après le repas ; elle diminue de volume ou disparaît par la position horizontale ; elle peut être repoussée dans le ventre par une pression méthodique; mais elle reparaît, si le malade reprend la position verticale ou se livre à un effort. Après la rentrée de la hernie, le doigt peut, le plus souvent, refouler la peau dans l'ouverture abdominale dilatée qui laissait échapper les parties. Si la hernie est irréductible, le malade se rappelle que, dans les premiers temps de cette tumeur, elle disparaissait quand il était couché sur le dos et reparaissait dès qu'il se mettait debout.

La hernie se distingue d'une tumeur formée par des parties en dehors de l'enceinte abdominale, en ce que l'ouverture herniaire est remplie par une partie des organes déplacés En palpant la hernie, on reconnaît sa nature solide, on la distingue d'une tumeur formée par un liquide; enfin, en la réduisant, on sent la résistance qu'éprouve un corps solide en passant à travers une ouverture résistante, sensation bien différente de celle qu'on éprouverait en poussant à travers l'anneau inguinal ou crural le pus d'un abcès par congestion. Tels sont les caractères de la hernie. Peut-on reconnaître la partie qui est déplacée?

1° *Entérocèle*. Si c'est l'intestin, il existe toujours quelque dérangement des fonctions digestives. Le malade a souvent des coliques, des borborygmes qui vont du ventre à la hernie; le volume et la consistance de la tumeur varient suivant que l'intestin est vide, contient des gaz, des matières liquides ou solides. Ainsi, elle est tantôt élastique et sonore à la percussion, tantôt molle, tantôt plus consistante ou plus tendue. Sa surface est unie; elle se réduit facilement, rentre en masse sous la pression, en faisant en général entendre un bruit de gargouillement. Quelquefois le malade éprouve des éructations, des nausées, des vomissements.

2° *Épiplocèle*. La tumeur est molle, pâteuse, peu sensible à la pression; sa surface est inégale; par le taxis, elle rentre peu à peu et sans bruit. Elle est plus difficile à réduire et à contenir que l'entérocèle ; on n'y rencontre pas les variations de volume et de con-

Digitized by Google

sistance qu'on observe dans la hernie intestinale. La hernie épiploïque d'un médiocre volume est rarement fort incommode; elle n'est pas ordinairement accompagnée de dérangement dans les fonctions digestives. Si la masse épiploïque déplacée est considérable, le malade éprouve quelquefois, en se redressant, un sentiment de tension qui va de la tumeur à l'épigastre; enfin, si la plus grande partie de l'épiploon gastro-colique est dans le sac, l'estomac, entraîné en bas, devient vertical, et ce déplacement produit un dérangement fonctionnel qui peut faire tomber le malade dans un marasme qui l'éteint. (Pipelet, *Académie royale de chirurgie.*)

Ces signes de l'épiplocèle ne sont pas, sans doute, infaillibles; cependant, on s'y trompera rarement, si la hernie est simple. Mais si elle est irréductible, si la portion extérieure de l'épiploon est indurée, le diagnostic pourra présenter de grandes difficultés. Les signes commémoratifs seront alors d'un grand secours; le pédicule de la tumeur, s'engageant dans l'ouverture herniaire, laissera peu de doute. Si une inflammation phlegmoneuse s'empare de l'épiploon hernié, tous les caractères extérieurs pouvant servir de base au diagnostic auront bientôt disparu; mais l'incertitude ou l'erreur aura bien peu d'inconvénients dans ce cas, car le phlegmon et l'abcès qui en seront la conséquence devront être traités comme s'ils avaient leur siége dans le tissu cellulaire extérieur.

3° *Entéro-épiplocèle.* La hernie entéro-épiploïque est composée de deux parties distinctes, dont l'une, élastique, rénitente et sonore à la percussion, se réduit facilement et en masse, et fait entendre, en rentrant, un bruit de gargouillement; l'autre, molle, pâteuse, inégale, rentre plus difficilement, peu à peu, et sans bruit.

Tels sont les caractères de la hernie récente dont le sac et les parties qu'il contient n'ont subi aucune altération de texture; mais, si le sac et les tissus membraneux qui le recouvrent, irrités par des frottements continuels et un long usage du brayer, ont augmenté d'épaisseur, après la réduction de la hernie, ses enveloppes formeront encore une tumeur qui pourrait laisser croire que la réduction n'est pas complète. Si, dans ce cas, l'ouverture abdominale est libre, si ce qui reste de la tumeur n'augmente pas de volume dans les efforts de toux, c'est qu'il ne reste dehors que les enveloppes. Quand le tissu cellulaire extérieur au sac présente cette dégénérescence adipeuse dont j'ai parlé, il peut être fort difficile de reconnaître si la tumeur qui reste dans le scrotum, après la réduc-

Digitized by Google

tion de l'intestin, est formée par les seules enveloppes de la hernie ou par l'épiploon adhérent. Enfin, parmi les altérations diverses des enveloppes et des viscères déplacés que j'ai étudiées plus haut, il en est plusieurs que l'examen extérieur ne saurait faire reconnaître d'une manière certaine. Ce que je viens de dire sur le diagnostic des hernies devra être complété par ce que je dirai des maladies des bourses et de la région inguinale.

Pronostic, Une hernie simple et réductible n'entraînera jamais d'accidents, si elle est bien contenue. Elle n'occasionne, en cet état, ni douleur, ni gêne dans les fonctions digestives; mais si on la néglige, si on ne la contient pas, elle donnera lieu à des coliques, rendra les digestions pénibles, pourra acquérir un grand volume, devenir adhérente, irréductible. Les dérangements fonctionnels qui l'accompagnent alors altèrent la constitution et abrègent la durée de la vie; elle pourra enfin s'engouer, s'étrangler, ce qui est fort grave, comme on le verra plus tard.

La hernie épiploïque, plus difficile à réduire et à contenir qu'une entérocèle, donne rarement lieu à des accidents. Cependant, gardez-vous de la négliger; car, quand l'épiploon fait hernie, la voie est ouverte à l'intestin, une hernie épiploïque abandonnée à elle-même devient bientôt entéro-épiploïque.

Traitement. La guérison d'une hernie suppose une destruction ou l'oblitération du sac au moins à son col et un resserrement de l'ouverture relâchée de l'abdomen. J'ajoute qu'il faudrait encore, dans les organes et les liens qui les fixent à l'abdomen, une modification qui rendît ceux-ci moins lâches et ceux-là moins lourds, moins prompts à s'échapper au dehors. Je ne sais pourquoi les auteurs ne notent pas ces dernières considérations. La destruction du sac résulte de la réduction ou du retrait lent de ce prolongement du péritoine, ou de l'inflammation suppurative qui s'y développe ordinairement quand il a été incisé. Une inflammation adhésive peut oblitérer le corps ou le col du sac. Ce dernier peut aussi s'oblitérer par le resserrement progressif qu'y détermine une compression longtemps soutenue au moyen de la pelote d'un brayer. Camper a vu le collet du sac d'une hernie crurale complétement fermé par l'ovaire correspondant, qui adhérait à tout son pourtour intérieur (*Académie royale de chirurgie*).

Cette première condition de la guérison radicale des hernies n'est pas facile à obtenir; mais la seconde, le resserrement de l'ouver-

Digitized by Google

ture abdominale, s'obtient bien plus difficilement encore. On conçoit qu'il faut, pour que ce resserrement ait lieu, que la hernie soit parfaitement contenue. Et même, en remplissant cette indication, n'aura-t-on de chances favorables que chez les jeunes sujets. Après la destruction ou l'oblitération du sac, la hernie n'existe plus; mais, si l'ouverture de la paroi abdominale reste relâchée et dilatée, le sujet est prédisposé à une nouvelle hernie; la reproduction de son infirmité est à peu près inévitable. Ce qui est plus difficile à obtenir encore, c'est le changement de constitution des organes qui se sont déplacés, le retrait, le rétablissement du ressort des liens qui attachent ces organes dans l'abdomen.

Quand on proposa de guérir les chutes de la matrice par une opération qui tendait à rétrécir le vagin, je dis : Parvinssiez-vous à oblitérer ce canal, que vous n'auriez pas moins une hernie de la matrice; seulement alors l'organe hernié serait contenu dans une espèce de sac. On s'empressa d'oblitérer le vagin ; et, pour le dire en passant, on donna cela comme une opération nouvelle. Mais malheureusement on ne prit de ce que j'avais avancé que ce qu'il fallait ne pas prendre. On ne voulut pas profiter des considérations suivantes : 1° dans la chute de la matrice, ne voir qu'une trop grande largeur du vagin, c'est ne voir qu'un petit coin de la question; 2° la matrice tend surtout à tomber, parce que ses ligaments ont perdu leur ressort; par la fatigue, ils se sont allongés, amincis, et cela parce que le corps de la matrice a subi souvent de grands changements, parce qu'il est devenu plus volumineux, plus lourd; 3° c'est sur la matrice, c'est sur ses ligaments qu'on devrait agir avant d'oblitérer le vagin (1).

Ainsi, il y a une grande analogie entre le prolapsus de la matrice et la hernie. Il faut donc se le rappeler dans le traitement. D'après ce que je viens de dire, on voit quelles difficultés offrira le traitement curatif chez les adultes et surtout chez les vieillards ; ces difficultés seront bien autrement grandes, si on ajoute les modifications qui se passent dans le ventre quand une hernie devient ancienne. A mesure que ce second ventre se développe, le véritable se rétrécit; ce rétrécissement est quelquefois porté au point que les organes n'y peuvent plus être admis; ils ont alors perdu droit de domicile.

(1) Je dirai plus tard qu'un chirurgien distingué de Bordeaux a saisi cette dernière indication.

Digitized by Google

Quoi qu'il en soit, les indications qu'on se propose généralement de remplir sont : 1° de contenir la hernie et de faire ainsi cesser les désordres fonctionnels qui l'accompagnent, de prévenir les accidents qui peuvent la compliquer (*cure palliative*); 2° d'oblitérer le sac et les ouvertures qui laissent passer les hernies (*cure radicale*).

J'exposerai plus tard les moyens de remplir ces diverses indications.

Accidents. 1° *Irréductibilité.* Il est des hernies qui ne sont ni engouées ni étranglées, et cependant on ne peut les réduire. Une hernie négligée finit souvent par devenir irréductible, tantôt par l'augmentation de volume des parties déplacées, tantôt par la dégénérescence de l'épiploon ou du mésentère, tantôt par d'anciennes adhérences celluleuses entre les viscères et le sac; quelquefois des brides membraneuses solides dues à d'anciennes inflammations retiennent et enlacent les viscères déplacés. Les anfractuosités d'un sac multiloculaire ou d'un sac à plusieurs collets peuvent rendre la réduction fort difficile ou impossible. Quelquefois enfin des connexions celluleuses solides, unissant un des viscères déplacés aux parties externes voisines, font échouer toutes les tentatives de réduction. C'est ce qui arrive dans certaines hernies du cœcum et de la vessie. Une hernie peut être irréductible en totalité ou en partie. Il est souvent bien difficile de reconnaître la cause de l'irréductibilité.

On prévoit tout ce que pourra entraîner de malaise et d'inconvénients une hernie irréductible. D'abord, si on l'abandonne à elle-même, elle ira toujours croissant. A. Cooper fit, avec Cline, l'autopsie du cadavre de l'historien Gibbon, qui avait porté pendant trente ans une hernie scrotale gauche, sans jamais s'en occuper; ces chirurgiens trouvèrent une hernie énorme, très large à son collet, contenant tout l'épiploon gastro-colique et tout l'intestin, moins le cœcum et le duodénum; le pylore était à l'orifice du sac; l'épiploon et le mésentère étaient chargés de graisse: le sac descendait presque jusqu'aux genoux; son orifice laissait passer toute la main (A. Cooper, p. 232.) Quand la hernie prend un grand développement, le pénis disparaît sous la peau soulevée, le prépuce seul fait saillie. L'urine, dont l'émission devient difficile et qui ne se fait quelquefois plus que goutte à goutte, excorie le scrotum, etc.

La hernie irréductible donne lieu à des malaises continuels. Si

Digitized by Google

elle est seulement épiploïque, l'estomac, entraîné par l'épiploon, change de direction; de là, une gêne dans ses fonctions. J'ai dit qu'on a vu le marasme et la mort résulter des dérangements fonctionnels qu'entraîne la hernie épiploïque non contenue (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 648.) Si la hernie est intestinale, le malade est souvent fatigué par des coliques, des borborygmes; ses digestions sont ralenties et pénibles; il est toujours exposé à l'engouement ou à l'étranglement. Ce dernier accident est cependant bien moins à craindre dans la hernie irréductible que dans celle qui, habituellement contenue, sort accidentellement.

La hernie irréductible est fort exposée aux chocs extérieurs, qui peuvent causer les accidents les plus graves. A. Cooper a vu des ruptures de l'intestin résulter d'un coup de timon de voiture; d'un coup que se donna, en courant, un individu contre un poteau placé au détour d'une rue; d'une chute dans laquelle la hernie avait porté contre une pièce de bois. Une mort prompte a été le résultat de ces violences. L'intestin renfermé dans le sac se débarrasse difficilement des matières qu'il contient. On conçoit qu'un corps piquant qui passe sans s'arrêter dans les portions libres de l'intestin puisse être retenu dans la hernie, et y produise des accidents; ainsi, A. Cooper a vu l'intestin perforé dans une hernie chez un enfant de treize ans, par une épingle qui avait été avalée cinq semaines avant. L'intestin déplacé fonctionne péniblement; de là, une nutrition imparfaite, qui mine la constitution et abrège la vie. Une hernie irréductible est donc toujours une infirmité fâcheuse. Pour empêcher qu'elles n'arrivent à cet état, on doit réduire et contenir les hernies dès le début. Mais, quand la réduction est devenue impossible, par quels moyens préviendra-t-on les accidents dont le malade est menacé?

La raison dit qu'on devra chercher à faire disparaître les circonstances qui rendent la hernie irréductible; si on n'y peut parvenir, on devra s'opposer à son accroissement et à la stase des matières alimentaires dans l'intestin.

Quand il y a lieu de penser que le grand volume des parties déplacées est la seule cause de l'irréductibilité, on peut tenter des moyens propres à diminuer ce volume. Fabrice de Hilden a vu chez un vieillard une hernie, irréductible depuis vingt ans, guérir par un séjour de six mois au lit, qui avait été commandé par une autre maladie. Arnaud est parvenu à réduire des hernies très volumineuses,

Digitized by Google

depuis longtemps irréductibles et réputées incurables ; il ordonna un long séjour au lit, aidé de la diète, des saignées, des purgatifs réitérés, moyens tous propres à maigrir le sujet, et par conséquent à diminuer le volume des parties déplacées. Ce chirurgien usait, en même temps, des emplâtres fondants, des frictions mercurielles. Cette méthode a réussi à Hey. Suivant ce praticien, la durée ordinaire du traitement est de cinq à six semaines; il a cependant une fois obtenu la réduction en huit jours.

La compression par la pelote concave ou un autre appareil, qui varie suivant l'espèce de hernie, aide puissamment l'action de ces moyens. Il est évident que ce traitement débilitant ne saurait convenir à toutes les constitutions, à tous les âges. Avant d'en faire l'application, le chirurgien s'assurera si le sujet est en état de le supporter. Beaucoup de malades refuseraient de se soumettre au pénible traitement d'Arnaud ; dans ce cas, ou si le chirurgien ne juge pas ce traitement applicable, il est d'autres moyens par lesquels on arrive quelquefois au même résultat, et qui, au moins, rendront l'infirmité plus supportable, moins dangereuse, et préviendront l'accroissement de la tumeur. Ainsi, si la hernie qu'on ne peut réduire est épiploïque, on appliquera le bandage à *pelote concave*, ou celui à *cuiller* ou à *raquette* dont la pelote a pour base un cadre métallique rembourré du côté de la peau, et dont le fond est formé par une toile tendue recouverte en chamois. La compression ne devra pas être énergique d'abord ; elle ne serait pas supportée, elle pourrait même déterminer l'inflammation et la gangrène de l'épiploon, comme le prouvent deux faits observés par J.-L. Petit. Chaque jour on augmente la compression. Si la tumeur diminue de volume, on diminue dans les mêmes proportions la profondeur de la cavité de la pelote. Si la hernie cède peu à peu, on arrive à rendre la pelote plane; quand enfin la réduction est complète, la hernie redevenue simple, on emploie le brayer ordinaire.

Si, dans une hernie entéro-épiploïque, l'épiploon est seul irréductible, on peut contenir l'intestin et prévenir l'accroissement de la hernie au moyen d'un bandage à ressort bien doux; mais ce bandage ne doit être appliqué qu'après une réduction bien exacte de l'intestin ; on doit en surveiller l'action attentivement, et l'enlever s'il cause de la douleur ou du trouble dans les fonctions de l'intestin.

Une petite hernie intestinale retenue au dehors par des adhérences

Digitized by Google

solides se traite encore par la pelote concave ; mais, dans ce cas, l'action de l'appareil doit être surveillée avec plus de soin encore que dans la hernie épiploïque.

Si une grande masse d'intestin ou d'épiploon reste à l'extérieur, le bandage à ressort doit être rejeté. On n'a d'autre ressource, alors, qu'une compression générale qui s'exercera avec des appareils différents, suivant l'espèce de hernie. Une compression générale soutenue détermine peu à peu la résorption de la graisse qui surcharge les viscères déplacés depuis longtemps, et l'usage longtemps continué de ces moyens appliqués avec intelligence et bien surveillés dans leur action finit quelquefois par rendre la hernie réductible. Il est évident que le traitement d'Arnaud, alors même qu'il ne serait pas employé dans toute sa rigueur, aiderait puissamment l'action des moyens compressifs.

Tel est le traitement des hernies irréductibles. Une saine pratique ne peut admettre, dans ces cas, une opération sanglante que pour des cas exceptionnels et rares ; tel était celui de Zimmermann : chez lui, il existait une hernie congénitale avec adhérence de l'épiploon au testicule. Si la hernie était abandonnée à elle-même, l'intestin sortait ; si on la réduisait, et qu'on cherchât à la contenir, le testicule, entraîné vers l'anneau par l'épiploon, était comprimé par la pelote. Zimmermann fut opéré par Smucker. L'opération fut longue, douloureuse et suivie d'accidents graves. Aussi, sans rejeter absolument, avec Pott, toute opération sanglante, hors les cas d'étranglement, je ne puis admettre cette opération aussi facilement qu'Arnaud. Je ne l'entreprendrais que dans le cas où je pourrais m'assurer d'avance qu'il n'existe pas d'adhérences générales, et que la hernie n'est retenue au dehors que par des brides bien distinctes, lâches, et isolées de toutes parts.

2° *Inflammation du sac et des viscères déplacés.* Le sac herniaire et les viscères qu'il renferme peuvent s'enflammer, et cette inflammation, qui affecte le plus souvent les surfaces séreuses seules, peut, dans d'autres cas, prendre le caractère phlegmoneux. C'est ce qui arrive, surtout dans les hernies qui renferment de l'épiploon. Les causes de cet accident, il est presque inutile de les passer en revue : une hernie, non contenue ou mal contenue, est continuellement soumise à l'action d'une foule de causes d'inflammation : c'est la pression, le frottement de la part des vêtements ou des parties voisines, l'action d'un bandage mal appliqué, des coups, etc. ;

Digitized by Google

veut-on une preuve de la fréquence des inflammations séreuses dans les hernies? on la trouve dans la fréquence des adhérences qui se rencontrent dans les hernies anciennes.

Les symptômes de l'inflammation des hernies sont différents, suivant que cette inflammation est séreuse ou phlegmoneuse, suivant l'étendue, suivant l'intensité de cette inflammation. Quand l'inflammation séreuse est très circonscrite et peu intense, elle passe souvent inaperçue. Combien, dans une hernie qui n'est pas contenue, ne trouve-t-on pas d'adhérences, chez des sujets qui assurent n'avoir jamais éprouvé d'accidents! Si l'inflammation a plus d'intensité, elle rendra irréductible une hernie qui se réduisait auparavant, fera perdre à l'anse intestinale sa contractilité; d'où la distension de cette anse et de toute la partie supérieure de l'intestin par des gaz, la constipation, les vomissements. Mais la constipation n'est pas ordinairement complète; le malade continue de rendre quelques gaz; un laxatif amène quelques selles; les vomissements n'entraînent guère que des boissons, des glaires, de la bile, et ne prennent pas le caractère de bouillie stercorale. Les douleurs et la fièvre sont proportionnées à l'étendue et à l'intensité de l'inflammation. Enfin, si l'inflammation est très violente; si, dans une hernie entéro-épiplocèle, l'épiploon est frappé d'inflammation phlegmoneuse, il pourra y avoir consécutivement une compression de l'intestin, un véritable étranglement de cet organe, d'où suspension complète du cours des matières et les vomissements caractéristiques.

L'inflammation de la hernie, quand elle est assez intense pour simuler l'étranglement ou pour le faire naître, se distinguera de l'étranglement véritable en ce que dans celui-ci les accidents surviennent brusquement, tandis qu'ils se développent peu à peu dans l'inflammation. Les signes commémoratifs viendront aussi en aide au chirurgien : ainsi les hernies qui ne sont pas ordinairement contenues s'étranglent très rarement, tandis qu'elles s'enflamment souvent.

L'accident dont je viens de donner la description existe sans doute; mais M. Malgaigne est tombé dans une fâcheuse exagération, quand il a prétendu que tous les cas d'engouement et d'étranglement léger n'étaient que des inflammations simples du sac ou des viscères herniés; que, sur quatre cas de prétendus étranglements, il

Digitized by Google

existait trois cas d'inflammation et un seul cas d'étranglement véritable.

Le pronostic de cet accident diffère suivant les diverses circonstances énumérées plus haut. L'inflammation séreuse légère et peu étendue n'a aucune gravité immédiate; elle est ordinairement suivie d'adhérences qui pourront rendre la hernie irréductible, si elles s'établissent entre les viscères et le sac, et qui amèneront, au contraire, quelquefois la guérison de la hernie, si, établies entre les points opposés du sac, elles oblitèrent le collet de cette poche. Le chirurgien pourra, dans ces cas-là, aider la nature dans ce travail réparateur, en retenant le malade au lit et comprimant le collet du sac au moyen de compresses graduées et d'un brayer, après avoir réduit la hernie, comme l'a fait avec bonheur M. Roustan, suivant l'instruction de M. Malgaigne. (*Journ. de chir.*, t. I, 1843, p. 327.)

L'inflammation intense et phlegmoneuse sera quelquefois plus grave que le véritable étranglement.

Pour le traitement, il sera assez facile d'établir des règles rationnelles. D'abord, quand le chirurgien est appelé auprès d'un malade atteint d'une hernie ordinairement réductible, et qui ne peut plus être réduite, par suite d'un accident, quel qu'il soit (inflammation, engouement ou étranglement), à moins qu'il n'y ait lieu de craindre la gangrène, il doit, quelle que soit l'époque de la maladie, essayer de réduire, sans être arrêté, comme M. Malgaigne, par la crainte de généraliser l'inflammation dans le péritoine. La réduction préviendra les adhérences entre les organes déplacés et le sac, et l'irréductibilité qui en serait la conséquence; mais la réduction pourra présenter des difficultés dans les cas d'inflammation. Si le taxis excite des douleurs vives, on n'insiste pas sur des manœuvres qui aggraveraient l'inflammation. Les saignées générales et surtout locales, les bains, sont ici très utiles. Les frictions sur la tumeur avec l'onguent napolitain, à grande dose, trouveront encore, dans ce cas, leur application; quand l'inflammation aura diminué d'intensité, on reviendra au taxis.

La persistance des accidents inflammatoires, sans étranglement véritable, n'autorise point l'opération, qui, dénudant les surfaces enflammées, augmenterait l'intensité de l'inflammation. Si les accidents revêtent un caractère qui fasse prendre cette inflammation pour un étranglement, ou si, par suite de la tuméfaction de certaines parties de la hernie, l'intestin se trouve comprimé et vérita-

Digitized by Google

blement étranglé, et qu'on en vienne à la kélotomie, on conçoit que l'inflammation des organes déplacés aggravera singulièrement la position du malade et diminuera de beaucoup les chances de succès de l'opération : aussi, quand la nature de l'accident sera reconnue, ne devra-t-on se décider à la kélotomie que dans des cas excessivement rares.

3° *Engouement.* Les hernies intestinales seules peuvent être engouées. Cet accident consiste dans l'accumulation et la stase des matières alimentaires ou stercorales dans l'anse intestinale déplacée. Des gaz accumulés dans la hernie peuvent aussi la rendre irréductible. L'engouement était confondu par les anciens avec l'étranglement. Covillard avait cependant pressenti la différence de ces deux accidents (1). Monro les distingua aussi ; mais c'est Goursaud qui a établi de la manière la plus positive leur diagnostic différentiel (2).

Cet accident s'observe le plus souvent chez les vieillards, dans les hernies anciennes et volumineuses qui ne sont pas contenues. On conçoit que ces diverses circonstances doivent faire perdre à l'intestin une partie de sa force contractile. Il peut cependant se rencontrer dans des circonstances bien différentes de celles que je viens d'indiquer : ainsi M. Goyrand a observé un engouement chez un enfant de six mois.

L'engouement peut être occasionné par la présence dans l'intestin hernié de quelque corps réfractaire à l'action digestive, tel qu'un peloton d'ascarides lombricoïdes, des noyaux de cerise accumulés en grand nombre, des matières stercorales endurcies (3). Il se produit d'autant plus facilement que la hernie est plus ancienne et l'intestin plus dilaté. A mesure que l'engouement se forme, la hernie grossit, se tend et devient plus lourde, si les matières qui l'obstruent sont solides ou liquides. La hernie engouée est très peu douloureuse, même à la pression ; elle est ordinairement molle et pâteuse. Si cependant les matières qui l'engouent sont dures et accumulées en grande quantité, la hernie pourra aussi être fort dure. Dans l'engouement gazeux, la hernie est plus tendue, moins pesante, rénitente, sonore à la percussion ; l'abdomen est très ballonné et le malade

(1) *Le chirurgien opérateur*, ou *Traité d'opérations de chirurgie*, 1648.

(2) *Académie royale de chirurgie*, tom. IV, pag. 247, édit. in-4°.

(3) Quand je parlerais des *corps étrangers de l'abdomen*, je citerai des faits très remarquables des corps étrangers soutenus dans les parties supinées et qui ont produit des accidents.

Digitized by Google

a des borborygmes et des éructations. Cet engouement gazeux est toujours symptomatique d'une lésion de l'appareil digestif qui doit fixer l'attention du médecin. La peau qui recouvre la hernie engouée conserve son aspect normal; les selles se suppriment; le ventre se ballonne, sans devenir douloureux à la pression; il survient des coliques, des nausées, des vomissements d'aliments d'abord, puis de mucosités et de bile, puis enfin de matières stercorales ou à odeur stercorale. Les vomissements ne surviennent que quand les matières se sont accumulées en grande quantité au-dessus de l'anse intestinale déplacé, et sont beaucoup moins fréquents et moins forts que dans l'étranglement inflammatoire. Il n'y a pas de fièvre.

L'engouement a une durée variable: il peut se prolonger jusqu'au douzième ou quinzième jour; mais, le plus souvent, il dure beaucoup moins et se termine par des évacuations abondantes, ou se complique d'un véritable étranglement. Le chirurgien doit observer son malade avec attention. Quand l'étranglement survient, l'opération devient urgente. L'engouement est en général peu dangereux par lui-même: cependant, en se prolongeant, il pourrait amener la mort par défaut d'alimentation chez un vieillard ou un sujet très débile; mais ordinairement il ne compromet l'existence qu'en amenant l'étranglement.

Quand une hernie s'engoue, on doit faire coucher le malade et pratiquer le taxis, qui, même dans la hernie irréductible, produit souvent de bons effets, en repoussant dans l'abdomen une partie des matières solides, liquides ou gazeuses accumulées dans l'anse intestinale herniée. Si le taxis réussit, on entend du gargouillement, la tumeur diminue de volume et rentre enfin; si elle était irréductible avant l'accident, elle revient à son volume primitif. Le taxis est très peu douloureux dans ce cas-là; on peut l'exercer d'une manière soutenue, et avec une certaine force. Presque toujours une compression méthodique procure du soulagement. Il arrive cependant quelquefois que par le taxis on n'obtient pas le résultat désiré; alors on doit chercher à exciter les contractions du tube digestif par des lavements irritants, par les purgatifs. Ici les lavements les plus usités sont: l'eau de savon, la solution de sel commun, celle de sulfate de soude ou de magnésie, l'infusion ou la fumée de tabac. Les lavements de tabac ont été préconisés par Heister, Pott, A. Cooper. Ils se font par infusion, avec 4 gram. de tabac.

Digitized by Google

A. Cooper, craignant les effets toxiques de ce moyen, l'administre en deux fois, à une heure d'intervalle. Pour insuffler la fumée de tabac dans le rectum, on s'est servi d'un soufflet. Van-Swiéten avait inventé une seringue à cet usage.

A l'intérieur, on administre des purgatifs à dose réfractée. Je me suis quelquefois bien trouvé de l'usage d'une potion avec l'huile de ricin, administrée par cuillerées. C'est, sans nul doute, dans les cas d'engouement que Legrand, d'Arles, avait obtenu de si bons effets de l'usage du sulfate de magnésie (1). Monro combinait le jalap et le calomel; Goursaud préférait une infusion de séné, qu'il administrait après avoir vidé le gros intestin par les lavements purgatifs et manié doucement et à plusieurs reprises la hernie engouée. L'huile de ricin et le sulfate de magnésie sont, je crois, aujourd'hui les purgatifs les plus usités. On aide l'action de ces moyens intérieurs par des applications astringentes sur la tumeur, telles que le vin rouge froid (Monro), la solution d'alun également froide, le vinaigre (Bell), les affusions d'eau froide, la neige ou la glace. Les applications réfrigérantes sont surtout utiles dans les cas de hernies scrotales, par la rétraction qu'elles déterminent dans les bourses, et quand l'intestin est distendu par des gaz raréfiés. Dans ces derniers cas, elles agissent en condensant ces gaz, dont elles diminuent ainsi le volume.

Dans la grande majorité des cas, l'engouement simple ne nécessite pas d'opération; cependant il est des sujets qui ne pourraient supporter sans un grand danger pour la vie une longue abstinence; alors si l'engouement se prolonge trop, il faut opérer avant que le sujet soit trop affaibli. Goursaud a parlé d'une femme de quatre-vingt-trois ans, qui, ayant été opérée par Faguier, le dixième jour d'un engouement simple, mourut de faiblesse le lendemain. Une autre femme de quatre-vingt-quatre ans, opérée par Goursaud le troisième jour de l'engouement, faillit encore périr de faiblesse; elle guérit cependant (2). Cette mort par syncope après la réduction par l'opération ou sans opération est un fait qu'on ne saurait trop noter. Pendant un voyage que je fis dans ma ville natale, je fus appelé à donner des soins à un vieillard de soixante-dix-huit ans qui avait une hernie extrêmement vo-

(1) *Académie royale de chirurgie*, tom. IV, pag. 265, édit. in-4°.
(2) *Académie royale de chirurgie*, tom. IV, pag. 255—54.

Digitized by Google

lumineuse et engouée; il y avait même des symptômes d'étranglement. La constipation existait depuis huit jours; elle était due non seulement à l'état de la hernie, mais à l'endurcissement des matières fécales dans l'intestin rectum. Je fis l'extraction d'une assez grande quantité de ces matières accumulées dans ce dernier intestin; mais comme les accidents continuaient, je voulus réduire la hernie: j'agis avec ménagement, mais avec opiniâtreté. Enfin, je parvins à tout faire rentrer dans le ventre. Le malade alla un peu à la selle et se trouva bien pendant deux jours; mais le troisième, il mourut subitement après avoir poussé une selle très copieuse.

M. Goyrand a opéré un enfant de six mois, dont la hernie n'était qu'engouée. Voici l'analyse de ce fait intéressant : cet enfant avait été atteint d'une hernie scrotale du côté gauche, peu de jours après sa naissance. La hernie ne fut pas contenue. Quand M. Goyrand fut appelé, elle était engouée depuis huit jours. La tumeur était fort grosse et dure comme une pierre; la constipation était complète, et les vomissements fréquents. L'enfant avait beaucoup maigri; il était faible, et avait la voix éteinte. L'opération fut simple. La hernie n'était pas congénitale; elle contenait tout le colon iliaque, qui était sain, exempt de toute injection, blanc comme s'il eût été dans le ventre, mais distendu par une grande quantité de matières stercorales très consistantes. Il fallut débrider; M. Goyrand put alors vider l'anse intestinale par des pressions bien ménagées, qui faisaient passer les matières stercorales à la filière, à travers les parties de l'intestin qui étaient embrassées par l'ouverture abdominale. L'anse vidée fut réduite sans difficulté. Le petit malade rendit les matières qui engouaient sa hernie, avant même que la plaie fût pansée. Cet enfant semblait être dans de bonnes conditions; cependant il mourut trente-six heures après : il avait une diarrhée excessive qui survint peu d'heures après l'opération (*Presse médicale*, 1837, pag. 180). Cette observation vient à l'appui de ce que j'ai imprimé depuis longtemps : les selles si promptes après l'opération sont d'un mauvais augure.

4° *Étranglement*. L'irréductibilité est due souvent à une compression exercée sur les parties herniées, comme le ferait une ligature. L'ouverture abdominale, un rétrécissement circulaire du sac, ou une déchirure de cette enveloppe, du mésentère ou de l'épiploon, une compression qu'exercent les unes sur les autres dans la

Digitized by Google

cavité du sac les parties déplacées en plus grande quantité que de coutume, voilà les causes d'étranglement. L'épiploon est bien moins souvent étranglé que l'intestin. Les organes étranglés subissent des altérations que je vais d'abord étudier. Je distinguerai, avec A. Key, trois degrés dans l'étranglement : Dans le *premier*, il n'y a encore que stase du sang dans les veines des parties étranglées, sans altération de texture. Ce degré de l'étranglement est caractérisé d'abord par la dilatation des veines gorgées de sang. Quand cet état persiste, les vaisseaux capillaires s'engorgent, le sang transsude et donne à l'intestin une teinte chocolat foncée; une sérosité peu colorée est ordinairement épanchée dans le sac, et se trouve plus abondante dans les points déclives de cette poche. A. Cooper a remarqué que cette sérosité manque, ou est en très petite quantité dans les hernies épiploïques et dans les hernies intestinales adhérentes, et a pensé que cette sécrétion séreuse se faisait principalement à la surface de l'intestin (p. 246).

Au *deuxième degré*, l'inflammation s'est déclarée. Le sang arrive en plus grande quantité dans le système artériel de l'organe étranglé; le système veineux ne se dégorge que très incomplétement. L'intestin est d'un rouge brun, moins noirâtre que dans le degré précédent. Les parois de l'organe sont épaissies par l'infiltration de leur tissu. Les liquides infiltrés dans l'épaisseur des parois de l'intestin sont de la sérosité sanguinolente, quelquefois du sang noir presque pur. Il n'est pas rare de trouver le péritoine soulevé çà et là par de petits caillots de sang extravasé; quelquefois même cette séreuse ainsi soulevé se déchire et laisse les caillots à nu. Enfin on a trouvé dans l'épaisseur de la paroi de l'intestin de petits abcès. La sérosité épanchée dans le sac est quelquefois couleur de café. Une exsudation plastique, le plus souvent brunâtre, déposée sur la surface des organes déplacés et du sac, établit entre ces parties ces adhérences molles que Scarpa a nommées *gélatineuses*. Cette péritonite partielle ne tarde pas à s'étendre aux parties les plus voisines du péritoine intra-abdominal. A ce degré, malgré les altérations de tissu qu'il a déjà subies, l'intestin revient assez facilement à son état normal, quand il n'est plus étranglé.

Au *troisième degré* enfin, il y a mortification déclarée ou imminente. Alors l'intestin, de couleur noirâtre, a perdu son poli et sa résistance, se déchire facilement; quelquefois il est parsemé de plaques, circonscrites, verdâtres, cendrées ou ardoisées. Dans cer-

Digitized by Google

tains cas enfin, il est tout-à-fait affaissé, perforé; ses parois sont emphysémateuses. La sérosité et la lymphe plastique que renferme le sac sont noirâtres, sanguinolentes, quelquefois fétides; le sac lui-même peut être frappé de gangrène. Les tissus extérieurs à cette enveloppe sont alors altérés. La peau, d'abord rouge, se gangrène bientôt dans un ou plusieurs points; le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sérosité, se mortifie; alors il devient emphysémateux.

Le point de l'intestin qui supporte la constriction subit les altérations les plus graves, les plus promptes. Le premier effet de l'étranglement sur ce point, c'est le rétrécissement de l'intestin. Cette stricture est d'autant plus forte, et persiste d'autant plus, après que sa cause a été enlevée, que l'étranglement a duré plus longtemps. Ritsch l'a vue aller jusqu'à l'oblitération complète (1). Quelquefois, la constriction produit dans cette rainure circulaire une ulcération qui peut ne comprendre qu'une partie de l'épaisseur de l'intestin ou le diviser en entier. Quand il est divisé dans une partie seulement de son épaisseur, c'est tantôt la tunique séreuse seule, tantôt cette tunique et la musculaire qui sont divisées; plus souvent l'ulcération porte sur la tunique musculaire seule ou sur cette tunique et la muqueuse, la tunique péritonéale restant intacte (Roux, Michon.) Quand l'intestin est divisé par l'ouverture qui l'étrangle, c'est, le plus souvent, au point de jonction de l'anse herniée avec le bout supérieur, ainsi que l'a observé M. Demeaux. M. Goyrand a vu le bout supérieur de l'intestin complétement divisé par la partie supérieure externe de l'ouverture crurale, dans une hernie faiblement étranglée depuis treize jours (2). Quelquefois c'est une escarre linéaire qui se forme dans le fond du sillon creusé par l'anneau constricteur.

L'intestin gangrené peut s'ouvrir dans le sac, et donner lieu à un abcès gangréneux dont j'étudierai plus tard la marche. Quand l'intestin est divisé à l'endroit de la constriction, si le bout supérieur s'écarte du pourtour de l'ouverture qui produit l'étranglement, il se fait dans le péritoine un épanchement stercoral dont les suites sont faciles à prévoir.

(1) *Académie royale de chirurgie*, tom. IV, pag. 173, édit. in-4°.
(2) *Presse médicale*, 1837, page 181.

Digitized by Google

Si on veut prendre une juste idée de l'étranglement et de l'engouement, il faut voir combien il y a de circulations interrompues par le fait de ces états :

1° Interruption de la circulation intestinale; c'est la première période de l'étranglement et ce qui constitue tout l'engouement : en effet, les matières stercorales, les humeurs de même nature, les gaz, sont arrêtés dans leur cours;

2° Interruption de la circulation veineuse des parois de l'intestin et du mésentère ;

3° Interruption de la circulation artérielle;

4° Enfin, si on admettait une circulation nerveuse, on pourrait dire qu'il y a interruption de cette circulation dans les derniers temps de l'étranglement; c'est alors que la gangrène est complète.

Voilà comment j'ai l'habitude de diviser l'étranglement quand je veux en faire connaître classiquement tous les degrés et la marche.

Les altérations produites par l'étranglement ne sont pas bornées à la hernie. Le bout supérieur de l'intestin dilaté par la stase des matières et des gaz, forme dans l'abdomen quelques circonvolutions qui, dans les second et troisième degrés, prennent une teinte rouge, et sont légèrement collées entre elles par une lymphe plastique. Les circonvolutions dilatées masquent tous les autres viscères. Le bout inférieur est, au contraire, rétréci, et ne présente pas ordinairement des traces d'inflammation.

L'étranglement nuit beaucoup moins à l'épiploon qu'à l'intestin La stase du sang veineux et l'inflammation changent peu l'aspect de ce repli péritonéal, et l'étranglement qui porte sur lui a une marche bien moins rapide que celui de l'intestin. L'inflammation est aussi moins intense, et se propage moins facilement à la cavité abdominale. L'épiploon étranglé se gangrène aussi bien moins souvent que l'intestin. Cependant cette terminaison a été observée, et alors la gangrène peut n'affecter que la portion d'épiploon contenue dans le sac, ou se propager à celle qui est restée dans la cavité abdominale (Pott, p. 429-432, obs. 2 et 3). L'épiploon étranglé suppure quelquefois, et donne lieu à un abcès qui diffère peu de ceux par lesquels se terminent les phlegmons ordinaires.

L'étranglement est ordinairement produit par l'ouverture abdominale ou par le collet du sac. L'étranglement par le collet du sac s'observe principalement dans les hernies qui ont été longtemps contenues par le brayer. Il fut bien reconnu par Saviard (*Observa-*

Digitized by Google

tions de chirurgie, p. 90, 19e observation), à l'autopsie du cadavre d'une femme qui avait été opérée par un autre chirurgien, lequel, croyant avoir mis l'intestin à découvert, avait isolé le sac et réduit en masse la hernie étranglée par le collet. Ledran (observations 57 et 58) et Arnaud l'observèrent et le décrivirent avec grand soin trente ans plus tard. Il a été décrit depuis par la plupart des chirurgiens. Pott, Scarpa, Dupuytren, s'en sont occupés d'une manière spéciale. Cet étranglement est fréquent; d'après Dupuytren, il serait à l'étranglement par les anneaux comme quatre est à deux. Mais A. Cooper, qui est dans l'habitude de débrider à l'extérieur du sac, assure qu'il est moins fréquent qu'on ne l'a supposé. Selon le chirurgien anglais, on a souvent attribué au collet du sac des étranglements produits par les parties profondes des canaux herniaires (p. 248). Dans ces derniers temps, M. Malgaigne a soutenu une opinion tout-à-fait opposée. Ce chirurgien a été jusqu'à dire qu'*aucun des faits connus jusqu'à ce jour ne prouvait l'existence de l'étranglement par l'anneau crural ou les anneaux inguinaux externe ou interne.* Cette erreur a été combattue très sérieusement par MM. Laugier, Diday, Sédillot, Velpeau et Gosselin.

Le collet du sac qui étrangle la hernie peut être libre et mobile dans l'ouverture abdominale. On le voit alors remonter pendant le taxis. Sa mobilité peut être telle, qu'il remonte au-dessus de l'orifice supérieur de cette ouverture; enfin, dans certains cas, le sac entier a pu être repoussé dans le ventre avec son contenu (Ledran, Dupuytren, Sanson, Lucke, etc.).

L'étranglement peut encore être produit par un resserrement circulaire du corps du sac, par sa déchirure ou celle de l'épiploon, par une bride tendue entre deux points opposés du corps ou du col du sac, ou entre celui-ci et l'épiploon, et autour de laquelle l'intestin se réfléchit. Ainsi, l'étranglement, qui a ordinairement son siége à la hauteur de l'ouverture abdominale, peut se trouver au-dessus de cette ouverture ou dans le corps de la hernie. On a vu quelquefois l'épiploon former une enveloppe complète à l'intestin, à l'intérieur du sac. Ce sac épiploïque a été trouvé adhérent à toute la surface interne du sac herniaire, ou seulement à son collet. L'épiploon qui le forme peut conserver son état membraneux ou être hypertrophié, induré. On a vu, dans ces cas, l'intestin étranglé par le col du sac épiploïque, une sérosité abondante épanchée entre ce sac et l'intestin (Hewet, *Medico-chirurg. Transactions*, t. XXVII; Velpeau).

Digitized by Google

Et on voudrait que tout ce qui est en rapport avec la partie herniée pût l'étrangler, excepté les anneaux aponévrotiques !

On conçoit le mécanisme de l'étranglement dans une hernie habituellement contenue avec resserrement de l'ouverture abdominale et du collet du sac : il y a, du côté de l'abdomen, un entonnoir évasé, dans lequel les viscères s'engagent facilement ; pour les réduire, il faut les faire repasser du sommet à la base de cet évasement. On conçoit qu'alors la difficulté est beaucoup plus grande.

Quand la hernie n'est pas contenue, l'étranglement résulte d'une augmentation de volume des parties herniées, ce qui peut être dû : 1° à la sortie d'une plus grande quantité de parties ; 2° à la distension de l'anse intestinale herniée, par des gaz (O'Beirn) ou des matières stercorales ; 3° au gonflement inflammatoire de l'épiploon contenu dans le sac. Dans le premier cas, l'anse intestinale déplacée étant plus grande, la portion du mésentère comprise dans l'ouverture abdominale est plus volumineuse, d'où la compression de l'intestin dans l'ouverture par laquelle la hernie communique avec l'abdomen. Dans les deux derniers cas, les accidents s'expliquent tout naturellement : les organes gonflés ne sont plus en rapport de dimension avec l'ouverture abdominale. Les accidents de l'étranglement résultent quelquefois de la seule compression qu'exercent les unes sur les autres les parties déplacées. Dans ce cas, après l'ouverture du sac, les parties, se trouvant libres, peuvent être réduites sans débridement (1).

L'étranglement, rare chez les enfants, n'a pas ordinairement chez eux une grande intensité. Cet accident a lieu chez les vieillards ; mais alors sa marche est ordinairement assez lente, et il est souvent consécutif à l'engouement. L'âge adulte est l'époque de la vie où on le rencontre le plus souvent, et où il a le plus d'intensité.

L'étranglement survient à toutes les périodes d'une hernie. Une hernie brusquement formée peut être étranglée au moment de sa formation. L'étranglement, produit alors par l'ouverture aponévrotique de l'abdomen, a souvent une marche rapide. Cet accident est fort à craindre dans une hernie qui, habituellement contenue par le brayer, s'échappe tout-à-coup ; c'est alors qu'il est souvent produit par le collet du sac. On le redoute beaucoup moins dans une hernie ancienne, à large ouverture, et qui n'est jamais contenue.

(1) Pott, *OEuvres chirurgicales*, Paris, 1777, t. II, pag. 39.

Digitized by Google

Rare dans la hernie seulement épiploïque, l'étranglement est le plus souvent, dans ce cas, consécutif à l'inflammation de l'épiploon.

Tout ce qui peut déterminer la formation d'une hernie peut en occasionner l'étranglement : tels un effort violent, une forte pression du ventre. Dans l'épiplocèle, l'étranglement survient souvent à la suite d'un coup, d'une pression violente exercée sur la hernie : ainsi Pott l'a vu résulter d'un coup sur le pommeau de la selle, dans une hernie épiploïque ancienne et volumineuse qui n'était jamais contenue (*obs.* 1re, t. I, p. 426) ; il l'a vu survenir à la suite de la pression exercée par un bandage à pelote rude sur l'épiploon irréductible (*obs.* 2e, p. 429).

Suivant Richter, l'étranglement pourrait résulter du resserrement spasmodique de l'ouverture qui livre passage à la hernie ; mais on a opposé que les ouvertures aponévrotiques ne peuvent éprouver un resserrement actif, et les faisceaux charnus qui se terminent aux aponévroses qui concourent à former ces ouvertures sont disposés de telle manière, que leurs contractions tendraient plutôt à les dilater qu'à les resserrer. Cependant M. Velpeau, comparant les ouvertures aponévrotiques à des boutonnières qui seraient resserrées par des tractions exercées sur leurs angles, croit à l'étranglement spasmodique. Je ne puis accepter l'explication, ni adopter l'opinion du chirurgien de la Charité. A. Cooper admet aussi l'étranglement spasmodique ; mais seulement pour la hernie inguinale oblique externe, dont le pédicule est contourné, à sa partie supérieure interne, par le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse (page 237). Je reviendrai sur cette question, en traitant de la hernie inguinale ; quant à ce tissu dartoïde et contractile, dont M. Demeaux (1) a signalé l'existence à la surface extérieure du collet du sac, pendant la deuxième période de la formation de cette poche, je ne pense pas qu'il puisse produire un étranglement spasmodique.

Voici les symptômes de l'étranglement : Au 1er *degré*, la tumeur se tend et devient irréductible, dure et douloureuse. La dureté et la douleur, marquées sur le point de la constriction, existent à un moindre degré dans toute la hernie. La dureté ne s'étend pas au-dessus de l'étranglement, et pendant la première période il n'y a guère d'autres douleurs abdominales que des coliques qui s'irradient en partant de la tumeur ; dans l'abdomen, le malade accuse une sensation de constriction vers la partie supérieure de

(1) *Annales de la chirurgie*, Paris, 1842, t. V, pag. 342.

Digitized by Google

cette cavité, ou seulement vers le nombril. Bientôt surviennent des éructations; le malade vomit d'abord ses derniers aliments, puis des mucosités et de la bile, puis enfin des matières à odeur fécale, odeur d'autant mieux caractérisée que l'intestin est étranglé plus bas. Après la sortie, par l'anus, des gaz et des matières fécales qui se trouvaient au-dessous de l'étranglement, il y a une constipation complète. Le pouls est un peu fréquent, assez dur; le malade est dans une anxiété que les traits du visage expriment énergiquement. Dès cette première période de l'étranglement, le ventre se météorise, et, ainsi que l'a très bien observé M. Laugier (Acad. des sciences, séance du 2 mars 1840), ce ballonnement diffère quant à son étendue, son siége et sa forme, suivant la partie de l'intestin qui se trouve comprise dans la hernie. Si c'est une anse de la partie inférieure de l'iléon, le paquet de l'intestin grêle, seul météorisé, soulève la partie moyenne du ventre; les flancs et la région occupée par l'arc du colon ne sont point tendus. Si c'est une anse de la partie supérieure de l'iléon ou une portion du jéjunum, le ballonnement a le même siége; mais il est moindre, parce que la partie météorisée de l'intestin grêle est plus courte. Si c'est le gros intestin qui se trouve incarcéré, tout l'intestin grêle et toute la partie du gros intestin au-dessus de l'étranglement est distendue par des gaz; ainsi, dans l'étranglement de l'arc du colon, le colon ascendant soulèvera le côté droit du ventre; dans celui du colon iliaque, tout l'abdomen sera météorisé. M. Goyrand a constaté la justesse d'une partie des observations de M. Laugier, dans un cas de rétrécissement squirrheux du gros intestin.

La durée du premier degré de l'étranglement varie beaucoup. Elle n'est souvent que de quelques heures; mais elle peut être de plusieurs jours. M. Goyrand a opéré une hernie stercorale étranglée depuis quatorze jours; l'existence de l'étranglement était manifeste dans ce cas, et cependant l'intestin n'était pas encore enflammé, l'étranglement était encore à son premier degré.

Au 2e *degré*, l'inflammation se manifeste; une sérosité plus ou moins abondante, venant de la suface de l'intestin étranglé, distend le sac; la hernie est donc plus tendue et plus dure. Il n'en est cependant pas toujours ainsi. Les hernies sèches sont communes : or, si, dans une de ces hernies, les gaz qui distendaient d'abord l'anse intestinale sont repoussés dans l'abdomen par les manœuvres du taxis, la tension de la hernie pourra être moindre au deuxième

Digitized by Google

degré qu'au premier. Quand l'inflammation se déclare, la douleur devient plus vive : cependant le relâchement qui résulte de la réduction des gaz a quelquefois pour effet d'en diminuer l'intensité. Mais aux premières douleurs abdominales s'est jointe une douleur fixe dans la partie du ventre voisine de l'ouverture herniaire, douleur qui devient très vive à une pression légère. Le ballonnement de l'abdomen est plus prononcé, les nausées et les vomissements continuent, le pouls a augmenté de fréquence; il est plus vif, plus petit, et concentré; il y a une altération plus prononcée des traits de la face, qui est pâle et grippée. Il y a alors un malaise, un brisement des forces si insupportables, que la femme la plus timide se soumet sans résistance à l'opération qu'elle avait refusée d'abord.

Au 3e *degré*, les douleurs si vives de l'étranglement cessent tout-à-coup, les vomissements font place au hoquet. Il ne faut cependant pas donner trop d'importance au hoquet comme signe de gangrène, car il survient quelquefois dans la deuxième période. Le pouls devient filiforme, intermittent; la température de la peau s'abaisse au-dessous de l'état normal, il survient une sueur froide; la voix s'éteint, les traits se dépriment; les yeux perdent leur éclat. Bientôt la tumeur prend une teinte pourpre, puis livide, devient crépitante; la peau n'est plus mobile sur les autres enveloppes de la hernie; il s'y forme des phlyctènes, des escarres plus ou moins larges. Dans cet état des plus graves, le malade, qui souffre beaucoup moins, croit toucher à la guérison; sa hernie rentre quelquefois, soit spontanément, soit sous une pression légère, et cette réduction, qui est pour le malade un nouveau motif d'espérance, est en réalité une cause assurée de mort.

Au milieu de ce désordre, l'intelligence reste intacte. Arrivé à cette période, le plus souvent le malade succombe : tantôt la mort résulte de la prostration qu'entraîne la gangrène; dans ce cas, elle survient d'une manière brusque, quand le malade se croit mieux. Ainsi A. Cooper a vu un malade mourir au moment où il voulait se lever; il en a vu un autre expirer en portant un vase à la bouche pour boire (A. Cooper, p. 236). D'autres fois, l'intestin éprouve une solution de continuité sur le point étranglé. Alors l'épanchement stercoral qui s'opère dans la cavité abdominale détermine une péritonite sur-aiguë qui entraîne ordinairement la mort dans l'espace

Digitized by Google

de quelques heures. Quand l'anse intestinale gangrenée est rentrée dans le ventre, elle peut s'y perforer et causer ainsi une mort prompte, ou enflammer le péritoine, en agissant sur cette membrane à la manière d'un corps étranger. Dans ce dernier cas, la mort, un peu moins prompte, est encore à peu près inévitable.

Si l'anse intestinale gangrenée reste au dehors, s'il ne se fait pas d'épanchement dans le péritoine, et si le malade a assez de puissance vitale pour résister aux effets fâcheux que produit la gangrène sur l'organisme, il s'opère dans la hernie un travail qui peut amener la guérison. Les symptômes d'étranglement cessent, la hernie se transforme en un abcès gangréneux dont les parois deviennent de plus en plus emphysémateuses, et à l'ouverture duquel il s'échappe avec du pus beaucoup de gaz et de matières stercorales liquides. Ces parties sont le siége d'un travail d'élimination qui détache les escarres cutanées, le sac, l'intestin et l'épiploon sphacélés. Peu à peu la surface de la plaie se déterge, elle devient vermeille, sécrète un pus de bonne qualité. La quantité des matières stercorales qui s'échappent par la plaie diminue quelquefois rapidement, puis ces matières reprennent en entier leur cours naturel. Il ne reste plus alors qu'une plaie simple, dont la guérison ne se fait pas attendre longtemps. D'autres fois il reste une fistule stercorale ou un anus contre nature. Je m'occuperai bientôt de ces infirmités, et j'étudierai alors le mécanisme de la guérison spontanée des hernies avec gangrène (Voy. *Anus contre nature*).

Si la hernie étranglée est seulement épiploïque, les accidents sont moins graves, les douleurs sont moins vives et dépriment moins les forces, les vomissements sont moins violents, et ils manquent même quelquefois; il n'y a pas de fortes coliques; la constipation n'est pas complète, les lavements et les purgatifs procurent des selles. Tant que le mal est borné à la hernie, le ventre est souple et affaissé. La maladie peut se terminer par la résolution de l'épiploïte, par la formation d'un abcès, qui diffère peu de ceux qui se forment à la suite d'un phlegmon sous-cutané. Si l'épiploon est frappé de gangrène, une inflammation éliminative vient bientôt le détacher. Alors, le pouls et les forces se relèvent, la tumeur qui s'était affaissée s'enflamme bientôt, la fluctuation peut y être constatée. Quelques escarres frappent quelquefois la peau; il s'opère une ou plusieurs ouvertures, qui laissent sortir un pus abondant mêlé

Digitized by Google

de gaz et de lambeaux grisâtres, restes de l'épiploon gangrené. Après la chute des escarres, la suppuration diminue, les parois du foyer se rapprochent et se recollent; enfin, la guérison s'opère comme celle d'un abcès ordinaire.

C'est de cette manière que se termine le plus souvent l'étranglement de l'épiploon abandonné à lui-même. Mais le malade n'est pas toujours aussi heureux : ainsi, la prostration qu'entraîne la gangrène de l'épiploon peut être mortelle; de la hernie, l'inflammation se propage quelquefois dans le ventre, et la péritonite amène la mort. Pott a vu la gangrène se communiquer de l'épiploon hernié à la partie de ce repli du péritoine qui était restée dans le ventre, et faire périr le malade (*obs.* 2, pag. 429). J'ai vu une fois sur un jeune sujet l'inflammation des veines de l'épiploon donner lieu aux funestes effets de la résorption purulente. C'était sur un jeune malade que j'opérai à l'hôpital Necker.

La durée de l'étranglement varie beaucoup. Dans les cas heureux, après quelques heures ou quelques jours de vives souffrances, les accidents diminuent d'intensité, et la hernie rentre d'elle-même. Alors le malade rend des selles copieuses, et entre promptement en convalescence. Mais par malheur cette terminaison n'est pas la plus commune : le plus souvent, l'étranglement, livré à lui-même, produit la gangrène de la hernie. Cet accident arrive tantôt plus tôt, tantôt plus tard. Richter l'a vu survenir après huit heures d'étranglement, Pott après vingt-quatre heures, Lawrence après douze heures. Il y a deux ans, M. Bourgois fut appelé dans la rue de l'Égout, au Marais, pour donner des soins à la femme d'un ciseleur, laquelle avait des vomissements opiniâtres. M. Bourgois constata une tumeur qui venait de paraître à l'aine droite, et attribua à cette tumeur ces vomissements et les autres symptômes d'étranglement qui se manifestaient. Il était alors *dix heures du matin*. Je fus mandé pour opérer cette hernie crurale dont je reconnus l'étranglement. J'arrivai à *cinq heures de la même journée;* je fis l'opération et trouvai l'intestin noirâtre, mais consistant; je pratiquai le débridement multiple et la réduction sans retirer un peu l'intestin pour l'examiner sur tous ses points. Tout alla bien jusqu'au huitième jour; à cette époque, des matières fécales sortirent par la plaie, elles devinrent de moins en moins copieuses et plus liquides; enfin resta une fistule qui ne tarda pas à guérir. Ainsi, en sept heures il y a eu gangrène d'un point de l'intestin ou une altération quelconque qui a

Digitized by Google

donné lieu à sa perforation. Mais les accidents ont rarement une marche aussi rapide; le plus souvent la gangrène, la perforation, l'ulcération, n'arrivent qu'après plusieurs jours. H. Steinbrenner de Wasselone a opéré le vingt-neuvième jour de l'étranglement une hernie crurale dans laquelle l'intestin ne présentait aucune de ces altérations (1). Mais ce fait est complétement exceptionnel.

Les circonstances indiquées comme prédisposant à l'étranglement rendent aussi la marche des accidents plus rapide. Ainsi, l'étranglement marche plus vite chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard; la marche est rapide quand l'ouverture qui livre passage à la hernie est étroite, quand par exemple la hernie s'étrangle en se formant, ou au moment où elle se reproduit après avoir été longtemps contenue. Les accidents marchent plus vite quand la hernie est intestinale, surtout si elle est sèche; ils sont donc plus lents si le sac contient de la sérosité, et quand avec l'intestin se trouve de l'épiploon. La marche des accidents est souvent très rapide quand la hernie est petite et que l'intestin est seulement pincé. Un corps étranger dur, retenu dans l'anse herniée, peut promptement déterminer la gangrène ou une ulcération. Ainsi J.-L. Petit a vu un pied de mauviette, passé en entier dans une anse intestinale herniée, frapper de gangrène les points de l'intestin qu'il comprimait (t. II, p. 277 et 279); ce chirurgien a vu le même effet produit par une grosse épingle, chez une femme qui avait une hernie entéro-épiploïque ancienne et volumineuse (pag. 280). Je reviendrai sur ces effets en parlant des corps étrangers de l'abdomen.

La durée moyenne des accidents de l'étranglement, quand il devient mortel, est, suivant A. Cooper, de sept à huit jours. Ce chirurgien a cependant vu périr des malades en trois jours. M. Robinson a constaté la mort, dans l'espace de vingt et une heures et demie, d'une femme atteinte d'une hernie crurale étranglée. M. Goyrand a vu des accidents de l'étranglement qui ont entraîné la mort en vingt-trois heures, dans un cas de hernie scrotale.

Le *diagnostic* de l'étranglement est ordinairement facile; il est cependant des circonstances qui le rendent embarrassant. Ainsi supposez un étranglement interne ou un iléus chez un sujet atteint d'une hernie habituellement irréductible; aurez-vous toujours la certitude que, sous une masse d'épiploon qui ne présente aucun

(1) *Gazette des hôpitaux*, n° du 11 novembre 1843, pag. 531.

Digitized by Google

symptôme d'étranglement, il n'existe pas une petite portion d'intestin étranglée? M. Goyrand fut un jour appelé en consultation pour une femme de soixante-douze ans qui avait le ventre ballonné et excessivement douloureux, des vomissements fréquents, de la constipation, la face grippée, le pouls fréquent, petit et serré, et une hernie ombilicale irréductible, mais très molle et nullement douloureuse. Le débridement de la hernie, proposé par un des consultants, fut avec raison rejeté par les autres. La femme succomba le lendemain, et à l'autopsie on reconnut qu'elle était morte d'une péritonite aiguë générale; on trouva la cause dans la rupture d'un kyste de l'ovaire, dont le contenu s'était épanché dans la cavité du péritoine.

A. Cooper a publié un fait dont le diagnostic fut plus difficile encore (*obs.* 208). Une femme entra à l'hôpital, ayant deux hernies crurales et une ombilicale. Cette dernière et la crurale gauche étaient irréductibles; la crurale droite était très douloureuse à la pression. On ne savait laquelle devait être opérée. On devait se réunir le lendemain pour délibérer à ce sujet; mais la malade mourut pendant la nuit, et à l'autopsie on trouva à l'ombilic une hernie épiploïque adhérente et en suppuration; à l'aine gauche, une anse intestinale enflammée; à l'aine droite un ganglion enflammé et tuméfié sur un sac herniaire vide; dans l'abdomen, les traces non douteuses d'une péritonite aiguë générale. La malade se plaignait surtout des douleurs de l'aine droite. Si on eût opéré, c'eût été sans doute sur ce point. Évidemment ici, la lésion qui a donné la mort était la péritonite; toute opération eût donc été inefficace. La douleur abdominale, qui, dans les étranglements, ne survient qu'en dernier lieu, avait dû se présenter ici tout d'abord, comme le fait observer A. Cooper (p. 244).

L'inflammation du sac herniaire peut simuler un étranglement. Sanson s'y est trompé : c'était une femme qui était dans son service à l'Hôtel-Dieu, en 1830; après l'incision du sac, il s'écoula beaucoup de pus; il n'y avait dans cette poche ni intestin ni épiploon. L'intérieur du sac présentait une surface lisse, polie, sans adhérences. L'orifice par lequel cette poche communiquait avec l'abdomen était si étroit, qu'on aurait eu de la peine à y introduire l'extrémité du doigt auriculaire. L'opération fit cesser immédiatement tous les accidents qui simulaient l'étranglement (Terrion, thèse inaugurale sur le diagnostic des tumeurs de l'aine; Paris, 183:). Nous revien-

Digitized by Google

drons sur l'inflammation du sac quand nous nous occuperons des accidents consécutifs de l'opération nécessitée par l'étranglement.

Une entérite, une colite, un état pathologique qui développe dans l'appareil digestif beaucoup de gaz, peuvent déterminer la sortie et l'irréductibilité de la hernie. Quelquefois, dans ce cas, plusieurs anses intestinales sont successivement poussées dans le sac, et il peut arriver que la gêne à laquelle l'intestin s'y trouve soumis, la compression qu'il y subit aggravent la position du malade et donnent lieu à des symptômes qui peuvent simuler l'étranglement. Il peut même se former ainsi un véritable étranglement, dont les symptômes se combinent avec ceux de l'affection primitive et finissent par dominer ces derniers. Cet état complexe se distinguera de l'étranglement simple en ce que l'entérite, simple d'abord, a préexisté à l'irréductibilité de la hernie, en ce que les accidents relatifs à l'interruption du cours des matières dans l'appareil digestif sont survenus secondairement et peu à peu. Dans ce cas aussi, le ventre est beaucoup plus tendu que dans l'étranglement véritable. Quand on aura bien diagnostiqué cet état pathologique, on s'abstiendra d'une opération qui ne saurait avoir de bons résultats. Si on opère alors, on aura souvent beaucoup de peine à réduire l'intestin, à cause du ballonnement excessif, et il sera plus difficile encore de l'empêcher de ressortir. Pott a rencontré des cas de ce genre dans lesquels la réduction a été impossible (t. I, p. 364) : on conçoit combien ils sont fâcheux pour le malade et pour le médecin. Si on parvient à réduire, le plus souvent les selles ne se rétabliront pas, les accidents persisteront avec toute leur intensité; l'opération n'aura ainsi fait qu'aggraver la position du malade.

Une hernie qui ne fait pas de saillie au dehors sera souvent prise pour un étranglement interne.

D'après ce qui a été dit plus haut, on voit que l'étranglement est toujours d'un *pronostic* très fâcheux. Le danger qu'il entraîne est proportionné à son intensité, à la rapidité de sa marche. Il est plus grave, exige plus souvent l'opération chez l'adulte que chez le vieillard et le jeune enfant. Dans les premières années de la vie, il se termine presque toujours par la réduction spontanée. Cependant on trouve dans les annales de la science quelques faits relatifs à des hernies étranglées qui ont entraîné la mort ou nécessité le débridement chez des enfants en bas âge. Ainsi, Pott a vu mourir en deux jours, avec les symptômes d'une gangrène de l'intestin, un enfant

Digitized by Google

d'un an, atteint d'une hernie étranglée (p. 300). Gooch vit périr de la même manière un enfant de dix semaines et un autre de dix mois. Lawrence parle d'un débridement de hernie opéré avec succès par Zung, chez un enfant de quatorze mois. Robert Adams a pratiqué la même opération à un enfant de dix-huit mois. Potain a débridé avec succès une hernie congéniale étranglée chez un enfant de deux mois. Hunt n'a pu dispenser de l'opération un enfant de vingt-neuf jours, dont la hernie *congénitale enkystée* s'était aussi étranglée (*Journ. univ. des sciences médicales*). En 1828, j'ai vu Dupuytren débrider à l'Hôtel-Dieu une hernie scrotale étranglée, chez un enfant de vingt jours, qui succomba à un érysipèle. M. Roux a opéré avec succès une hernie étranglée chez un enfant de deux ans (*Archives de médecine*, t. XXIV, p. 586). M. Goyrand a opéré encore avec un plein succès, en 1833, un enfant de quatre mois, atteint d'une hernie scrotale, congéniale, fortement étranglée depuis trois jours (*Presse médicale*, 1837, p. 179). César Hawkins a opéré aussi avec succès un enfant de sept semaines (*Journal de chirurgie*, 1843, pag. 96). Nous rappelons ces faits, parce qu'on peut les considérer comme de rares exceptions.

Dans le *traitement de l'étranglement*, le premier moyen à employer, c'est le taxis. Il se pratique comme je l'indiquerai plus tard quand il s'agira des *manœuvres et opérations*. Mais quelles sont ici les circonstances qui font réussir le taxis, celles où la prudence le condamne? Où doivent s'arrêter les tentatives de réduction? Voilà des questions d'une grande importance, sur lesquelles il existe encore des divergences d'opinion.

Si l'étranglement est récent, si la pression de la hernie n'excite pas de vives douleurs, le taxis réussit souvent. On doit l'opérer sans violence, par une pression égale, soutenue pendant assez longtemps. Suivant A. Cooper, cette compression doit être continue pendant l'espace d'un quart d'heure à une demi-heure. Quand elle occasionne peu de douleur, on peut sans inconvénient la continuer bien plus longtemps. Si le taxis est très douloureux, il faut y renoncer. Jusqu'à ce jour, tous les praticiens éclairés étaient d'accord sur ce point. Franco, J.-L. Petit, Saviard, Pott, Desault, se sont élevés fortement contre les manœuvres violentes auxquelles se sont livrés de tout temps, pour éviter la kélotomie, des praticiens timides ou peu exercés aux opérations difficiles. Ce taxis violent a donné lieu aux accidents les plus graves, à la rupture de l'intestin. Dans des cas où

Digitized by Google

ces effets fâcheux ont été moins immédiats, après l'opération il est survenu des hémorrhagies intestinales occasionnées par la rupture des vaisseaux de l'anse déplacée (A. Key, *Annotations* à A. Cooper, p. 242), l'inflammation s'est aggravée, la gangrène s'est plus tôt déclarée. Enfin, le taxis a compromis le succès d'une opération trop longtemps différée. Quel chirurgien n'a eu à déplorer plus d'une fois les funestes effets d'un taxis trop prolongé? Je ne crains pas de le dire, c'est à la temporisation et aux manœuvres trop répétées du taxis qu'on doit rapporter les neuf dixièmes des insuccès de la kélotomie.

Ce qu'on vient de lire est l'expression de la pensée de presque tous les praticiens. Cependant, dans ces derniers temps, M. Amussat a voulu adopter une pratique opposée. Si nous avons bien saisi sa pensée, ce chirurgien veut qu'on fasse le taxis dans tous les cas, quelle que soit l'ancienneté de l'étranglement, à moins qu'il n'y ait sphacèle évident de la hernie. Il n'est même pas arrêté par les signes rationnels de la gangrène qui, suivant lui, trompent souvent. M. Amussat conseille un taxis *gradué* et *forcé*, continué pendant plusieurs heures, s'il le faut. Quand les manœuvres ont fatigué le chirurgien, il fait appliquer la main d'un aide sur la sienne; enfin, quand la manœuvre doit se prolonger pendant plusieurs heures, elle doit être exécutée par plusieurs personnes, qui se relèvent. M. Amussat assure que les douleurs, qui sont très vives quand on commence le taxis, deviennent bientôt très supportables. Ce praticien cite plusieurs cas de guérison par le taxis exécuté de cette manière, après plusieurs jours d'étranglement; un, entre autres, où une hernie crurale étranglée depuis six jours chez un homme fut réduite après trois heures de taxis. Cette pratique n'est certes pas nouvelle; mais M. Amussat est le premier chirurgien de nos jours qui l'ait traduite en précepte. Quand je vis se renouveler une pratique que l'histoire, les faits actuels, les bons principes, les plus grandes autorités chirurgicales réprouvaient, je voulus m'y opposer; je le fis avec une vivacité de conviction qui passa dans mes paroles. Aujourd'hui je puis laisser parler les faits; ils parleront plus haut que moi; car on peut dire que la question est réduite à la triste réalité des cas malheureux qui ressemblent plus ou moins à celui qu'on va lire : Je fus chargé, en 1838, de remplacer un professeur de clinique chirurgicale dans un des grands hôpitaux de Paris. Dans une salle de médecine, était une femme avec une hernie étranglée.

Digitized by Google

On la fit passer dans mon service. Il était alors sept heures du matin; je devais arriver à neuf heures pour faire ma visite. Un élève, partisan *alors* du taxis forcé, voulut l'entreprendre; il réussit à faire rentrer la hernie, mais, sept heures après, la femme n'était plus : elle avait été enlevée par une péritonite sur-aiguë. L'autopsie montra une déchirure de l'intestin hernié (1). Je ne veux, je ne puis dire les malheurs de cette nature arrivés en ville et dans les hôpitaux. Tout chirurgien un peu avantageusement placé en sait autant que moi sur cette question, qui est résolue.

Quelques chirurgiens, voulant exercer sur la hernie une compression égale et longtemps soutenue, ont, en suspendant le taxis, appliqué sur la tumeur des corps pesants, tels qu'un fer à repasser, un morceau de plomb, une vessie pleine de mercure ou un bandage propre à embrasser exactement et à comprimer la hernie : tel est, pour la hernie scrotale, un suspensoir garni à l'intérieur de compresses qui y forment un épais matelas; ce dernier moyen a bien réussi à M. Velpeau. La vessie pleine de mercure devrait réussir dans les cas de hernies disposées de manière à pouvoir être exactement coiffées par la vessie. Le mercure agirait ici en même temps par son poids et par sa température, qui, comme on sait, est très basse. Mais on ne devra jamais recourir à ces moyens que dans les cas où les accidents ont peu d'intensité, où les douleurs sont modérées, et ne s'exaspèrent pas par la compression : en un mot, il ne faut pas compter beaucoup sur cette compression continue; on ne devrait pas surtout, dans les cas urgents, différer l'opération pour en attendre les effets. Ces moyens ne seraient employés que comme auxiliaires de moyens thérapeutiques plus puissants.

Dans l'espoir de rendre le taxis plus efficace, quelques chirurgiens ont donné au malade des positions particulières, à la faveur desquelles les viscères sont entraînés par leur poids loin du point de l'abdomen où se trouve l'ouverture qui livre passage à la hernie. Ainsi, pour les hernies inguinales et crurales, Aneaulme faisait placer le malade en prosternation, appuyé sur les genoux et les coudes, la tête basse. Dans cette situation, la paroi abdominale antérieure était relâchée, la région diaphragmatique devenait le point le plus déclive du ventre, celui vers lequel les viscères étaient entraînés par leur

(1) Les détails de cette observation sont entre les mains de M. Richet, actuellement chirurgien du bureau central des hôpitaux de Paris.

Digitized by Google

poids. Winslow croyait cette attitude avantageuse; mais Ledran (*Observations de chirurgie*, t. II, p. 5), Perron père, l'essayèrent plusieurs fois sans succès (Goursaud, *Académie de chirurgie*, t. IV, p. 273). Fabrice d'Aquapendente conseillait de « pendre le malade par les pieds et par les mains, et de le secouer souvent, ayant le corps renversé et la teste penchante en bas (*Œuvres chirurgicales*, p. 191).» Covillard suspendit le malade par les pieds, après lui avoir fait prendre un demi-bain d'huile tiède, de trois ou quatre heures. Sharp conseilla la suspension par les jarrets, fléchis sur les épaules d'un aide. Ce moyen a réussi deux fois à Louis (Goursaud, *l. c.*, p. 274). A. Cooper n'approuve pas cette position, qui est très pénible pour le malade, et qui ne relâche en aucune manière les muscles de l'abdomen. Ce praticien assure n'en avoir jamais retiré aucun avantage (p. 329).

Enfin Ribes plaçait le malade vers le pied du lit, les jarrets fléchis sur les épaules d'un aide, qui soulevait le bassin, en lui imprimant de légères secousses pendant que le chirurgien opérait le taxis. Ce praticien paraît avoir obtenu de très bons effets de cette position.

Dans les efforts de la toux, le diaphragme remonte brusquement, et il se fait un relâchement soudain des parois abdominales. A. Cooper pense que ce relâchement peut rendre le taxis efficace, et cite deux faits à l'appui de cette assertion. Dans un de ces cas, une quinte de toux survint pendant qu'on faisait le taxis, et la réduction eut lieu au moment de la quinte; dans l'autre, durant le taxis, on fit tousser le malade, et la hernie rentra pendant la secousse de la toux (A. Cooper, p. 239).

M. Lemaire, médecin français à Saint-Pétersbourg, a décrit un moyen qu'emploient les paysans russes pour obtenir la réduction des hernies inguinales et crurales étranglées. C'est une grande marmite qu'on applique sur le ventre, après avoir raréfié par la chaleur l'air qu'elle contient. La paroi abdominale et les viscères s'engagent profondément dans cette grande ventouse, et la hernie est ainsi retirée *à tergo*. (*Lancette française*, t. VI, p. 8.)

On a cherché à obtenir la réduction de la hernie en diminuant le volume des viscères qui la forment. Dans ce but, on a donné issue aux gaz contenus dans l'anse intestinale déplacée, par de petites piqûres pratiquées avec une aiguille ou un petit trois-quarts. Ce moyen ne pourrait produire quelque effet que dans la hernie intestinale distendue par des gaz; il est fort ancien; il a été blâmé par

Digitized by Google

Pott et par Sabatier. Si les piqûres sont pratiquées avec une aiguille déliée, elles se fermeront dès que l'instrument sera retiré, et les gaz ne sortiront pas. Si on les pratique avec un trois-quarts ou un poinçon assez gros pour qu'elles restent béantes après que l'instrument est retiré, elles pourront laisser suinter les liquides stercoraux, soit avant, soit après la réduction, et on prévoit les effets fâcheux qui pourront en résulter.

Parmi les moyens médicaux qui ont été employés dans le but d'obtenir la réduction de la hernie étranglée, les uns sont propres à relâcher l'ouverture herniaire et les parois abdominales ; tels sont : le saignée, les sangsues, le bain chaud, les fomentations, les cataplasmes, les préparations de belladone et d'opium. Les autres ont pour effet de déterminer dans l'intestin des contractions énergiques, capables de retirer au dedans l'anse déplacée ; tels sont les purgatifs, les lavements stimulants, l'électro-puncture (Leroy d'Étioles), les réfrigérants.

La saignée doit être large et copieuse. Goursaud conseillait de laisser couler le sang jusqu'à la syncope. A. Cooper veut aussi qu'on le répande jusqu'à ce qu'il survienne un commencement de défaillance. Quand le malade est dans cet état de faiblesse, on recommence le taxis, qui réussit souvent alors bien mieux qu'auparavant. Il est souvent nécessaire de revenir plusieurs fois à la saignée. Ce moyen thérapeutique est un des plus puissants qu'on puisse mettre en usage. Outre qu'il offre bien plus de chances de réussite au taxis, il ralentit l'inflammation, et peut prévenir la gangrène. Enfin tous les bons praticiens accordent une grande confiance à la saignée. (Voy. Pott, A. Cooper, etc.)

On doit compter beaucoup moins sur les effets des saignées locales. Les sangsues ordinairement appliquées vers la base de la hernie ne font pas couler le sang assez vite, ni ordinairement en assez grande quantité, pour amener cet affaiblissement qui peut rendre le taxis efficace. Il est inutile de dire qu'elles ne sauraient relâcher l'ouverture qui étrangle la hernie. Auraient-elles quelque effet sur l'inflammation de la hernie et de la portion voisine du péritoine? Mais, tant que la cause de l'inflammation persiste, comment compter sur cet effet de la saignée locale? Aussi, excepté les cas d'épiplocèle dont l'étranglement est le plus souvent consécutif à l'inflammation de la hernie, je n'en conçois guère dans lesquels on puisse compter sur les effets des sangsues. Moullaud (de Mar-

Digitized by Google

seille) appliquait les sangsues à l'anus après la saignée générale, qu'il faisait très copieuse. Il employait ensuite un bain chaud, et si, après l'emploi de ces moyens, un taxis modéré ne réussissait pas, l'opération était pratiquée. J'ai suivi pendant quatre ans ce praticien, et je me fais un devoir et un plaisir de déclarer ici que personne ne réussissait plus souvent que lui. Je doute qu'un autre pût mieux exécuter l'opération de la hernie.

Le bain chaud, administré immédiatement après une forte saignée, produit un grand relâchement, quelquefois une défaillance. J'ai toujours vu le bain diminuer la violence des douleurs, produire un soulagement marqué. Le relâchement qu'il détermine est très propre à faciliter la réduction. On a plusieurs fois réussi à réduire une hernie étranglée en faisant le taxis dans le bain. Quelquefois la hernie rentre d'elle-même dans le bain, au moment où le malade s'y attend le moins. On doit le retirer de l'eau quand le bain a produit son effet général. On peut exercer alors le taxis d'une manière soutenue, si l'état de la hernie le permet. C'est moins sur le relâchement de l'ouverture abdominale que sur l'affaiblissement général produit par le bain chaud qu'on peut compter : aussi les demi-bains sont-ils bien moins avantageux que les bains généraux.

Quelle confiance peut-on accorder aux cataplasmes émollients, aux fomentations de même nature? Ces moyens ne sauraient relâcher l'ouverture qui laisse passer la hernie; leur température peut raréfier les gaz contenus dans l'anse déplacée, et dilater ainsi cette anse. Les considérera-t-on comme antiphlogistiques? Que peuvent les antiphlogistiques tant que la cause mécanique de l'inflammation existera? Ces moyens ne méritent aucune confiance, et ont le grave inconvénient de faire perdre un temps précieux.

On a beaucoup vanté, dans ces derniers temps, la belladone, comme pouvant faire cesser l'étranglement de la hernie. L'extrait de cette plante a été donné à l'intérieur à forte dose (Chevallier); on a administré cette substance et la jusquiame en lavements (Hufeland, Van-Loth); on a appliqué l'extrait de belladone sur la hernie (Spezani); on en a enduit des bougies qu'on a introduites dans l'urètre (Riberi). On a couvert la hernie de cataplasmes faits avec la feuille de belladone (Saint-Amand). Il n'est pas de chirurgien qui n'ait essayé de la belladone dans la hernie étranglée, et presque tous ont abandonné ce moyen; cependant M. Poma paraît en avoir retiré de

Digitized by Google

bons effets (*Gazetta medica di Milano*, 1844). M. Poma a publié dix observations qui sont de nature à autoriser de nouveaux essais. Le chirurgien italien recommande, dans l'usage de ce remède, certaines précautions qui ne devront point être négligées : ainsi, il attribue plus d'efficacité à la belladone recueillie sur la montagne; il veut qu'on emploie l'extrait pur, et non uni à l'axonge; qu'on l'emploie à forte dose (2 onces environ); il recommande de ne pas appliquer, en même temps, la glace sur la tumeur, parce que l'action du froid empêche l'absorption; il veut, au contraire, qu'on recouvre la tumeur enduite d'extrait de belladone d'un cataplasme chaud de farine de lin.

L'opium a aussi été employé pour combattre l'étranglement de la hernie. Guérin, de Bordeaux, a enduit d'extrait thébaïque une bougie qu'il a introduite dans l'urètre. L'extrait d'opium a été donné à l'intérieur. M. David Bell, de Carlisle, a donné le chlorhydrate de morphine à la dose de 5 centigrammes dans 30 grammes d'eau, à prendre en deux fois, à demi-heure d'intervalle. Une heure après l'administration du remède, le malade est tombé dans un affaissement profond; il a eu des sueurs visqueuses, de l'assoupissement, et, dans cet état, la hernie a été réduite sous une pression légère. Ce moyen a réussi trois fois à M. Bell.

Les purgatifs, si utiles dans l'engouement, seraient sans effet, souvent même nuisibles dans l'étranglement inflammatoire intense. Si on donnait un purgatif à un malade tourmenté par des vomissements fréquents, le remède, rejeté de suite, n'aurait pas d'action sur la hernie. On ne doit avoir recours aux purgatifs que dans les cas où les accidents ont peu d'intensité, où les vomissements sont rares ou nuls. Alors, ils produisent souvent les meilleurs résultats. Pour des cas de ce genre, il faut les relever du discrédit où les avait fait tomber, il y a quelques années, la doctrine physiologique. Ces remèdes agissent en déterminant dans le canal intestinal des contractions propres à retirer du sac l'anse qui y est engagée, en délayant, par l'arrivée des liquides dont ils déterminent la sécrétion, les matières contenues dans cette anse, et en excitant dans cette portion même de l'intestin des contractions qui en expulsent les matières qui y sont contenues. Les laxatifs et les doux purgatifs sont préférables, dans ces cas, aux drastiques. Ainsi, on peut donner, comme Legrand (d'Arles), le sulfate de magnésie. M. Goyrand dit avoir administré plusieurs fois, avec grand avantage, une po-

Digitized by Google

tion avec 75 grammes d'huile de ricin, par cuillerées à bouche d'heure en heure.

Les lavements simples, purgatifs et stimulants, agissent en entraînant les matières contenues au-dessous de l'étranglement, et déterminent dans le gros intestin des contractions qui peuvent se communiquer à l'anse herniée et la dégager, comme font quelquefois les purgatifs pris par la bouche.

De tous les médicaments administrés par le rectum, le tabac est celui qui a été le plus vanté. Heister, De Haen, Pott, ont eu grande confiance en l'insufflation de la fumée de tabac. Le premier disait n'avoir plus eu occasion d'opérer la hernie étranglée depuis qu'il employait ce moyen. On insufflait la fumée de tabac avec un soufflet ou une seringue fumigatoire. Van-Swiéten inventa une seringue pour cet usage.

Les lavements de tabac se composent avec 4 grammes de cette substance à infuser pendant dix minutes dans 4 hectog. d'eau (A. Cooper). Ce lavement est très énergique. A. Cooper a constaté un empoisonnement mortel produit par un lavement dans lequel étaient 8 grammes de tabac; il a vu un autre malade empoisonné par l'infusion de 4 grammes seulement de cette substance: aussi recommande-t-il d'user de précautions; il veut qu'on ne donne d'abord que la moitié de cette infusion, et le reste seulement une heure après. Le lavement de tabac produit, dit A. Cooper, un accablement extrême. Sous l'influence de ce modificateur, le pouls devient fréquent et faible; la peau se couvre d'une sueur froide; il y a un relâchement général, pendant lequel une pression légère suffit souvent pour réduire la hernie. Pott et A. Cooper ont préconisé ce moyen, qui est beaucoup moins usité en France qu'en Angleterre. Il est vrai qu'il réussit quelquefois; mais s'il manque son effet, le malade se trouve dans des dispositions plus fâcheuses pour l'opération.

M. Grant-Wilson a donné, en lavement, une solution de sel marin, qu'il a poussée profondément, avec une longue canule; ce moyen lui a réussi bien des fois. M. Wallace a employé avec succès les lavements d'eau à la glace (*The Lancet*, 1837). Enfin, on a distendu la partie de l'appareil digestif située au-dessous de l'étranglement, en insufflant de l'air par l'anus, espérant ramener ainsi l'anse intestinale herniée dans l'abdomen. Ce moyen, qui avait été

Digitized by Google

imaginé par Rivière, a été conseillé de nouveau dans ces derniers temps par M. Wood.

M. O'Beirne a rendu réductibles des hernies fortement étranglées, en donnant issue aux gaz intestinaux au moyen d'un long tube de gomme élastique qu'il introduisait profondément dans le gros intestin. Ce chirurgien dit avoir réussi onze fois sur seize.

Les réfrigérants appliqués sur la hernie étranglée en ont souvent déterminé la rentrée. Tout le monde connaît le fait raconté par J.-L. Petit : au moment où ce chirurgien allait opérer un jeune homme d'une hernie scrotale, la grand'mère du malade fait coucher celui-ci nu, les cuisses écartées, sur une couverture étendue par terre, et lui jette sur le scrotum un plein seau d'eau froide; la hernie rentra subitement (1).

Les réfrigérants usités sont l'eau froide, l'eau vinaigrée. On paraît s'être bien trouvé des frictions sur la hernie avec l'éther sulfurique, qui produit un grand refroidissement en se volatilisant; mais il y a bien plus à compter sur la neige et la glace. La glace s'emploie en petits fragments dans une vessie qu'on applique sur la tumeur. Si on manque de glace, on la remplace par différents mélanges réfrigérants, tels que 250 grammes d'un mélange à parties égales de nitrate de potasse et d'hydrochlorate d'ammoniaque dans 4 hectogrammes d'eau, ou nitrate d'ammoniaque et eau, parties égales. Ces mélanges produisent un abaissement de température au-dessous de zéro. Enfin, on peut employer avec avantage un courant continu d'eau froide, tombant de 75 centimètres ou un mètre de hauteur sur la hernie (2). Goursaud pensait que la glace ou la neige ne pouvaient être appliquées avec avantage que sur les hernies intestinales engouées; que ce moyen serait toujours nuisible dans l'étranglement inflammatoire; que s'il y avait de l'épiploon dans le sac, la glace en coagulerait la graisse, et qu'alors ce corps durci ne pourrait être réduit et mettrait obstacle à la réduction de l'intestin. Cet auteur cite, à l'appui de son opinion, un fait tiré de la pratique de Louis, dans lequel, dit-il, après une heure et demie d'application de la glace, l'épiploon, trouvé dur et froid, dut être enlevé (*Acad. roy. de chir.*, t. IV, p. 259). L'observation a fait justice de ces craintes. Les réfrigérants calment les douleurs, ralentis-

(1) J.-L. Petit, tom. II, pag. 326.

(2) A. Key, *Annotations aux OEuvres de A. Cooper*, pag. 242.

Digitized by Google

sent la marche de l'inflammation, crispent la peau. Ce dernier effet est surtout marqué sur le scrotum, dans lequel le froid détermine une rétraction qui tend à repousser la hernie dans le ventre. Le froid peut encore condenser les gaz contenus dans la hernie : de là une diminution du volume de la tumeur, et plus de facilité pour la réduire (Goursaud).

Enfin M. Leroy d'Étioles a pensé qu'on pourrait exciter dans l'intestin des contractions assez énergiques pour le faire rentrer par l'électro-puncture, exécutée de la manière suivante : une des extrémités du cercle électrique ou galvanique est plongée dans la tumeur, au moyen d'une tige acérée, tandis que l'autre est placée sur la langue ou à l'anus. Au lieu de faire l'électro-puncture, on pourrait, dit M. Velpeau, appliquer sur la peau l'extrémité du cercle répondant à la hernie. L'électricité pourrait bien n'être pas sans action ; elle n'a encore été essayée que sur des chiens.

Tels sont les différents moyens employés contre l'étranglement ; mais on ne les emploie pas tous indifféremment dans tous les cas. Voici comment, selon moi, doit procéder le chirurgien appelé auprès d'un malade atteint d'une hernie étranglée :

L'accident est il tout récent et vierge de traitement, tentez le taxis sans violence; si les pressions que vous exercez sur la hernie n'y excitent que des douleurs modérées, insistez sur ces manœuvres. Il faut, dans ce cas, une certaine persévérance. La suspension par les jarrets, le dos étant appuyé sur le lit, et la succussion, comme Ribes la recommandait, peuvent rendre le taxis plus efficace.

Si cette première tentative de réduction ne réussit pas, saignez largement, et si la saignée amène la syncope, revenez au taxis; sinon, mettez de suite le malade dans le bain chaud. Ce moyen, administré de suite après la saignée, amène quelquefois la défaillance, et produit toujours une détente. C'est après l'effet général du bain qu'il faut revenir au taxis. Si ces nouvelles tentatives sont encore sans effet, faites une forte application de sangsues à l'anus, et appliquez la glace sur la tumeur. Quand l'organisme est sous l'influence débilitante de la saignée à l'anus, revenez au taxis. Si les accidents ne sont pas pressants, on peut, quand le malade est jeune et fort, revenir une ou plusieurs fois à la saignée, au bain, continuer les applications réfrigérantes. A Cooper veut qu'on renonce à ce dernier moyen, s'il n'a produit aucun effet avantageux dans l'espace de quatre heures. Dans les cas où il produit de

Digitized by Google

l'amélioration, il veut qu'on en continue l'usage. Ce praticien a vu l'application de la glace continuée sans interruption pendant trois jours, chez un jeune garçon, déterminer enfin la rentrée de la hernie. C'est à tort que Goursaud et Louis ont craint la *gelure* des organes herniés. A. Cooper a vu la peau frappée de gangrène par l'application de la glace continuée pendant trente-six heures; mais, dans ce cas même, les viscères déplacés ne furent nullement altérés; la hernie rentra, et le malade guérit bien.

Si on n'a rien obtenu de ces différents remèdes, que cependan les vomissements soient rares, les accidents peu intenses, qu'il n'existe pas de douleur péritonéale au-dessus de la hernie, on peut essayer les purgatifs doux. Dans les cas de ce genre, j'ai vu réussir plusieurs fois l'huile de ricin à doses fractionnées.

La saignée, le bain chaud, le lavement de tabac, tant vantés par Pott, et l'application de la glace, sont les remèdes auxquels A. Cooper accorde le plus de confiance. Pendant combien de temps peut-on insister sur ce traitement? Chez les uns, on peut le continuer pendant trois, quatre ou cinq jours; chez d'autres, il faut y renoncer après quelques heures. Tant que la hernie n'est pas très douloureuse à la pression, qu'il n'y a ni fièvre prononcée, ni douleur péritonéale au-dessus de la hernie, que les vomissements sont peu fréquents et peu fatigants, on conserve l'espoir de réduire la hernie, et on insiste sur le traitement médical. Mais quel temps précieux on perd quelquefois dans ces cas bénins en apparence! Si le troisième ou quatrième jour la hernie n'est pas rentrée, il faut opérer. On ne pourrait retarder plus longtemps l'opération, sans s'exposer à trouver la partie de l'intestin sur lequel porte l'ouverture abdominale rétréci au point de ne pouvoir ensuite reprendre son calibre, ou même ulcéré, perforé, divisé d'une manière plus ou moins complète.

Si l'étranglement est violent, la tumeur douloureuse, les vomissements fréquents, on n'a pas de temps à perdre. Dans ce cas, on doit peu insister sur le taxis, saigner largement et plusieurs fois, dès que le ventre devient douloureux à la pression au-dessus de la hernie, que la fièvre se prononce; en d'autres termes, dès que la péritonite partielle se déclare ou devient imminente, il faut opérer sans délai. Cette indication urgente peut se présenter peu d'heures après le début des accidents. Aussi, quand on a affaire à une hernie violemment étranglée, est-il indispensable de revoir le malade bien

Digitized by Google

souvent? Un retard d'une heure peut être mortel dans ce cas. Pour ma part, je crois que souvent on entreprend cette opération quand il n'est presque plus temps de la faire; c'est ce qui arrive trop fréquemment dans les hôpitaux. Quand les malades y sont admis, déjà beaucoup de manœuvres ont été tentées, et il existe des lésions dans le sac et hors du sac qui empêchent la réussite. C'est cette circonstance qui explique les insuccès nombreux observés dans les hôpitaux, et le penchant de tous les chirurgiens de ces établissements pour l'opération hâtive. Saviard, Desault, ne voulaient pas que les élèves fissent des tentatives de taxis. Quand arrivaient des malades avec des hernies étranglées, ils opéraient sur-le-champ. Pour moi, je suis la pratique de mon premier maître, M. Moullaud, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille : je ne quitte un malade qui a une hernie violemment étranglée que quand elle est réduite; après la saignée, les sangsues à l'anus et le bain, si le taxis modéré ne réussit pas, j'opère. Mais on peut être appelé quand déjà la péritonite partielle s'est déclarée; il serait irrationnel d'employer alors un temps précieux à des moyens accessoires : il faut opérer immédiatement. S'il existe des signes présomptifs ou positifs de gangrène, le cas est plus fâcheux encore. Cependant on doit encore pratiquer, sans délai, une opération qui peut seule donner quelques chances de salut. Toutefois, on fera connaître aux personnes qui entourent le malade la gravité du cas.

Si la hernie étranglée est seulement épiploïque, le plus souvent l'étranglement est consécutif à l'inflammation phlegmoneuse de l'épiploon (1). S'il en est autrement, si l'épiploon s'est étranglé, parce qu'il en est sorti tout-à-coup une grande masse, on fait le taxis, et on peut insister sur cette manœuvre. Les larges saignées, les bains conviennent dans ce cas. On conçoit qu'ici il n'y aurait pas à compter sur l'action des purgatifs. Le lavement de tabac ne pourrait alors produire quelque effet que par le relâchement général qu'il détermine. La glace peut agir en réprimant la congestion qui s'opère dans l'épiploon, et en déterminant la rétraction du scrotum et du dartos, si on a affaire à une hernie scrotale. Si l'épiploon ne rentre pas, il faut se décider au débridement quand la tumeur devient plus douloureuse, quand la fièvre se déclare, quand la douleur péritonéale se prononce au-dessus de la hernie. Dans les cas où

(1) J'ai des raisons pour noter ici que cette proposition était dans ma première édition.

Digitized by Google

l'inflammation phlegmoneuse de l'épiploon hernié a précédé l'étranglement, la hernie doit être traitée d'une autre manière. Il ne faut pas alors essayer de la réduire. Les saignées générales et les bains conviennent; les sangsues sur la tumeur, dont l'utilité est au moins douteuse dans les autres cas de hernie étranglée, trouvent ici leur application, et il faut que ces sangsues soient appliquées en grand nombre et à plusieurs reprises. Les réfrigérants ne sauraient convenir qu'au début des accidents. On les emploierait alors pour tenter l'avortement de l'inflammation. Quand l'état phlegmoneux est bien prononcé, caractérisé par les douleurs pulsatives, la force et le développement du pouls, la chaleur halitueuse de la peau, on a recours aux cataplasmes émollients, pour hâter la suppuration. Quand l'abcès est formé, on l'incise largement. Si l'ouverture abdominale exerçait sur l'épiploon une constriction qu'on crût devoir faire cesser, l'opération serait différente du débridement usité dans les autres hernies étranglées. On ne devrait pas réduire l'épiploon; il serait bien aussi de ne pas l'exposer au contact de l'air; on pratiquerait seulement une incision peu étendue sur l'ouverture abdominale, qu'on débriderait en dehors du sac, sans inciser celui-ci; car ce cas-là diffère essentiellement de l'étranglement ordinaire; on a affaire à une inflammation de l'épiploon et du péritoine; l'étranglement consécutif à l'inflammation n'en est qu'une complication propre à l'aggraver, il est vrai; mais si on exposait les parties enflammées au contact de l'air, l'inflammation s'aggraverait; son intensité serait augmentée par les pressions nécessaires pour réduire l'épiploon; et si on remettait dans la cavité péritonéale une portion d'épiploon frappée d'inflammation phlegmoneuse, il n'en pourrait résulter que du mal. Aussi A. Key a-t-il toujours vu l'opération promptement suivie de la mort dans les épiplocèles frappées d'étranglement aigu très douloureux, avec nausées continuelles et vive sensibilité du ventre (1).

Anus contre nature accidentel. Je place ici l'étude de cette infirmité parce qu'elle est le plus souvent une conséquence, un accident des hernies qui sont avec gangrène de l'intestin. L'anus normal termine le tube digestif; si par accident, ou par une opération, une ouverture a lieu au-dessus de ce méat naturel, et que, par cette ouverture, s'écoulent pendant longtemps des matières alimentaires

(1) *Traité des hernies* de A. Cooper, pag. 244.

Digitized by Google

dont la digestion est plus ou moins avancée, on dit qu'il y a *anus contre nature*, *anus accidentel* ou *anus anormal*. La solution de continuité peut être plus ou moins étendue, les matières rejetées en plus ou moins grande quantité; l'anus est donc plus ou moins large. Quand il est très rétréci et que l'évacuation est peu considérable, on dit qu'il y a *fistule stercorale*, laquelle est décrite à part par quelques chirurgiens, tandis que son histoire ne peut être séparée de celle de l'*anus contre nature*.

L'anus contre nature s'ouvre directement sur la peau, ou bien il s'établit dans un organe revêtu d'une muqueuse : ainsi dans le vagin, dans la vessie. Ce sont surtout ces communications anormales de l'intestin avec un autre organe qui sont dues à des vices de conformation. Il en sera question quand je traiterai des maladies de l'anus et du rectum. C'est aussi à l'occasion de ces maladies que je parlerai de l'établissement d'un anus *artificiel*, comme moyen thérapeutique.

Il ne sera donc question ici que du véritable *anus contre nature accidentel*. Cette dénomination indique son origine, son étiologie. C'est une gangrène, une plaie ou tout autre *accident* qui a ouvert l'intestin. En parlant des plaies des intestins, des hernies et de la gangrène qui complique celles-ci, j'ai nécessairement commencé l'histoire de l'*anus accidentel*. Voici le moment d'en tracer la partie la plus intéressante, la plus importante, l'anatomie pathologique, qui, en nous éclairant sur la formation de cette infirmité, sur sa guérison naturelle, nous indique la voie à suivre dans son traitement, quand la nature est insuffisante pour en opérer la cure.

Caractères. Si on veut étudier avec soin et bien connaître l'anus accidentel, il faut d'abord examiner son ouverture, la disposition des deux bouts de l'intestin qui a éprouvé la solution de continuité, enfin *l'éperon*.

1° L'*ouverture extérieure* existe sur un des points des parois abdominales; elle est unique (fig. 58 *e*) ou multiple. L'ouverture unique est généralement arrondie, quelquefois inégale; elle peut avoir un pouce (3 cent.) de diamètre, ou à peine deux lignes; dans ce dernier cas, c'est plutôt une fistule stercorale qu'un anus anormal. En général, les bords de cette ouverture sont épaissis, déprimés vers la cavité abdominale, et se continuent avec la membrane muqueuse intestinale. Quand l'anus est ancien, la peau environnante se fronce, se rayonne comme autour des cicatrices dites en cul-de-poule. Ces

Digitized by Google

téguments rougissent, s'enflamment, s'excorient par le contact des matières fécales, quels que soient les soins de propreté.

L'anus accidentel a plusieurs orifices quand l'intestin, hors de l'abdomen, se gangrénant sur divers points, donne lieu à un abcès stercoral qui se fait jour par plusieurs ouvertures de la peau. On dit alors qu'elle est percée en arrosoir. Mais le reste des parois abdominales, les muscles, les aponévroses n'ont qu'une ouverture.

L'orifice de l'anus anormal étant sans sphincter, il n'oppose aucune résistance aux matières stercorales, il y a donc incontinence.

Examinée à l'extérieur, l'ouverture offre l'aspect des muqueuses. En effet, la solution de continuité de la peau prend le caractère de la membrane interne de l'intestin, laquelle se boursoufle et quelquefois fait hernie. Il y a alors prolapsus, chute, comme on l'observe à l'anus naturel. C'est ordinairement le bout supérieur qui offre cette particularité ; quelquefois c'est le bout inférieur ; il arrive aussi que les deux bouts y contribuent.

Quand, par l'autopsie, on examine du côté du ventre, on trouve les choses sous un autre aspect. Ici la cicatrice a le caractère de la membrane externe de l'intestin, elle est séreuse, tandis qu'extérieurement elle était muqueuse. On voit en dedans des adhérences qui unissent les bords de la solution de continuité de l'intestin aux parois abdominales. Ces adhérences, à divers degrés d'organisation, peuvent être plus ou moins étendues en surface, plus ou moins allongées; elles fixent donc plus ou moins près, plus ou moins solidement l'intestin aux parois abdominales. Elles se prolongent souvent quand l'anus contre nature est la conséquence d'une hernie étranglée : alors l'intestin adhère à une portion du sac herniaire (fig. 58 *b*) épargnée par la gangrène, et cet ajoutage complète l'*entonnoir* membraneux de Scarpa. La base de cet *infundibulum* correspond à la perte de substance de l'intestin, le sommet à l'ouverture abdominale qui a laissé sortir l'intestin. Ce sommet va toujours en diminuant de diamètre ; sa cavité finit enfin par s'effacer, et la continuité de l'intestin se trouve rétablie à la faveur d'un emprunt fait au sac et des adhérences. C'est ainsi que s'opère quelquefois la guérison naturelle des anus contre nature. En présence d'un fait aussi admirable, l'imagination de Scarpa n'est pas restée passive : elle a encore ajouté aux prodiges de la nature, et nous avons eu souvent l'idéal au lieu de la réalité. Il est très vrai que quelquefois, comme je l'ai dit, les choses se passent ainsi : la perte de substance de l'in-

Digitized by Google

testin est réparée par un opercule formé par les restes du sac et par des adhérences. On observe surtout cette espèce d'autoplastie spontanée dans les cas de hernies formées à travers un canal traversant les parois abdominales comme le canal inguinal. Mais dans les cas de hernies directes, et surtout dans les cas où l'intestin a éprouvé une solution de continuité dans l'abdomen, sans qu'il y ait eu hernie; dans ces cas, l'*entonnoir* n'a pas lieu. Cependant l'anus contre nature n'est pas, pour cela, toujours incurable, comme le prétend Scarpa. Les adhérences, d'ailleurs, offrent des variétés qu'il est important de connaître. J'ai déjà dit qu'elles pouvaient être plus ou moins étendues, plus ou moins allon-

Fig. 58.

La fig. 58, emprnntée à Scarpa, représente une portion de l'iléon qui a été comprise dans une hernie étranglée. On a enlevé tous les viscères et laissé le péritoine *aa* qui tapisse les fosses iliaques et le mésentère qui correspond à l'intestin, lequel a été ouvert en avant; *b* indique l'endroit où le péritoine vient former un côté de l'entonnoir; *c* est le point de jonction des deux bouts d'intestin, le *promontoire*, *l'éperon*; *d* indique l'ouverture intérieure du conduit qui va s'ouvrir à l'extérieur *e*. On voit de chaque côté le péritoine formant l'entonnoir; *f* est le bout supérieur de l'intestin, *g* le bout inférieur; *h* est la portion du mésentère qui correspond aux deux bouts d'intestin.

Digitized by Google

gées. Ainsi l'intestin est adhérent aux parois abdominales dans l'étendue d'une jusqu'à six lignes. Cette étendue même n'est pas égale partout : ainsi, sur certains points, la circonférence de la solution de continuité de l'intestin est protégée par des adhérences de plusieurs lignes, et d'une grande solidité, tandis que sur d'autres points elles n'auront presque pas d'étendue et de solidité.

Il est bon de savoir aussi que la solution de continuité ne se met pas toujours seulement en rapport avec les parois abdominales : un point de sa circonférence peut adhérer à une partie contenue dans l'enceinte : ainsi l'épiploon, ainsi une partie du tube intestinal, l'estomac même. Ces variétés des adhérences font nécessairement prévoir des différences dans les résultats, soit qu'on abandonne l'anus contre nature aux seuls efforts de la nature, soit qu'on le soumette à nos moyens chirurgicaux. Je rappellerai plus tard ces circonstances.

Les *deux bouts d'intestin* sont produits par la solution de continuité qu'il a éprouvée; un des deux bouts est *supérieur* ou stomacal (fig. 58 *f*), l'autre *inférieur* (fig. 58 *g*). Les deux bouts tendent à devenir parallèles comme les canons d'un fusil à deux coups, et c'est quand la perte de substance de l'intestin est considérable et qu'elle a été opérée pendant que cet intestin était hors de l'enceinte abdominale. Dans des conditions contraires, les deux bouts s'éloignent l'un de l'autre en formant un angle d'autant plus ouvert, que la solution de continuité de l'intestin est moins considérable. Plus cet angle est obtus, plus il reste de facilité aux matières fécales de passer d'un bout à l'autre pour arriver à l'anus naturel; plus au contraire le parallélisme des deux bouts se prononce, moins il y a de facilité pour le cours naturel des matières, dont la totalité peut être versée à l'extérieur quand le parallélisme est très prononcé. Cet effet en amène un autre : c'est l'atrophie du bout inférieur et de toute la partie du tube intestinal qui va de ce bout à l'anus naturel. Comme tous les canaux de l'économie qui ne sont plus en rapport avec leur modificateur naturel, le bout inférieur revient sur lui-même, s'efface peu à peu, mais s'oblitère rarement. Je ne connais qu'un exemple d'oblitération complète, il est rapporté par M. Bégin (1).

Du côté du bout supérieur il se passe un phénomène opposé : celui-ci se dilate et s'hypertrophie. Il résulte de ces deux mouvements opposés de l'acte nutritif que ces deux parties de l'intestin ne sem-

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

Digitized by Google

blent pas appartenir au même sujet, ou bien on dirait qu'ils appartiennent à un âge différent.

L'*éperon* est vis-à-vis la perte de substance de l'intestin et entre ses deux bouts; c'est une saillie anguleuse, placée de champ; il est produit par l'adossement sous un angle plus ou moins aigu de la paroi de l'intestin épargnée par la gangrène. Vue du côté de la cavité intestinale, cette saillie a la forme d'un croissant, dont les angles dirigés de la concavité vers la convexité de l'intestin se perdent en s'effaçant insensiblement sur les parois de cet intestin ou sur les bords de l'anus accidentel (fig. 58 *c*). Il est généralement moins prononcé qu'on ne pense.

D'après Dupuytren, si on examine l'éperon du côté du ventre, on voit qu'il se dédouble; les deux parois intestinales dont il se compose s'écartent et reçoivent le mésentère dans leur intervalle. Cet écartement serait d'autant plus prononcé que l'angle formé par les deux bouts est plus ouvert.

L'éperon n'existe pas toujours; il manque surtout dans les cas d'anus contre nature produits par des solutions de continuité, les intestins étant restés dans la cavité abdominale. Cette saillie est en rapport avec la quantité d'intestin échappée de l'abdomen et avec l'étendue de la perte de substance éprouvée par cet organe; elle peut être prononcée au point d'empêcher d'un bout de l'intestin à l'autre la moindre parcelle de matière d'arriver au bout inférieur. C'est surtout quad elle s'avance en forme de valvule sur ce bout, pour l'oblitérer et l'annuler complétement, que Dupuytren dit que le mésentère, obligé de suivre l'intestin qui se déplace, forme, entre la colonne vertébrale et la partie de l'intestin qui s'en est le plus éloignée, une corde dont la tension tient le corps incliné en avant, l'empêche de se redresser, et à plus forte raison de se porter en arrière. C'est ce qui se remarque dans les hernies adhérentes. Dans l'anus accidentel, l'extrémité de cette corde correspond à l'intestin, s'attache au fond de l'angle rentrant formé par cet intestin du côté du ventre; c'est là la base de l'éperon. Dupuytren fait jouer un grand rôle à cette corde. Selon moi, il en exagère l'influence. C'est elle qui tirerait continuellement l'intestin dans le ventre, qui agirait sur les adhérences, allongerait l'entonnoir membraneux, effilerait ce conduit, lequel finirait par s'effacer. Cette traction continuerait encore après la guérison de l'anus; elle rendrait toujours plus lâche le lien qui attache

Digitized by Google

l'intestin aux parois abdominales; cet intestin, s'éloignant toujours plus d'elles, reprendrait toujours plus de liberté, et, par conséquent, plus de régularité dans les fonctions. Il y aurait donc une lutte entre la corde formée par le mésentère et les liens celluleux qui attachent l'intestin à la paroi abdominale; et, comme le mésentère est plus fort que des adhérences celluleuses, celles-ci doivent céder. L'action du mésentère sur l'intestin n'aurait pas toujours un résultat heureux. Dupuytren dit qu'à sa connaissance des épanchements de matières stercorales ont été produits par la rupture de l'adhérence qui unissait les deux bouts de l'intestin aux parois de l'abdomen. Ces accidents ont été mortels (1). J'ai déjà dit que Dupuytren s'exagérait l'influence de la corde mésentérique; ce sont donc des faits à revoir. Cependant on ne négligera pas d'avoir égard à cette cause; mais il faudra aussi tenir compte de la contraction des intestins, qui ne doit pas être complétement étrangère à la formation de l'entonnoir membraneux et à son effacement.

2° *Effets.* Étudions les effets de l'anus accidentel pour voir jusqu'à quel point on doit désirer ou tenter sa guérison. Les adhérences de l'intestin aux parois abdominales empêchent les mouvements nécessaires à la plénitude de ses fonctions. Cette fixité de l'intestin a une autre conséquence fâcheuse; elle fournit un point d'appui nouveau à la partie supérieure de l'organe, dont les contractions péristaltiques augmentent d'énergie et accélèrent la marche des matières alimentaires depuis l'estomac jusqu'à l'anus normal, d'où la rapidité avec laquelle ces matières se présentent à cette ouverture. Il y a donc un séjour moins prolongé des matières alimentaires dans le tube intestinal, qui est plus court; de là, moins d'absorption des parties nutritives, absorption qui diminue à mesure que l'anus se rapproche de l'estomac. C'est quand il est voisin de cet organe qu'il rejette des matières à demi digérées avec la bile et les autres produits de sécrétion nécessaires à l'acte digestif. De pareilles pertes, souvent renouvelées, portent une atteinte profonde à toute l'économie; elles peuvent même, si l'anus est très voisin de l'estomac, amener un marasme promptement mortel. L'anus accidentel n'est pas seulement une infirmité dégoûtante, mais une maladie qui peut entraîner la mort; même, comme incommodité, elle est quelquefois si affreuse qu'elle rend la vie insupportable et justifie une opé-

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, tom. I, pag. 268.

Digitized by Google

ration qui est loin d'être innocente. Les lotions, les onctions et les soins les plus minutieux de propreté, les réservoirs les plus ingénieusement fabriqués n'empêchent pas le malade d'être exposé à des démangeaisons et des cuissons insupportables, d'avoir des fissures, des érysipèles, des éruptions autour de l'anus anormal, et de répandre une odeur insupportable.

3° *Complications.* Les complications de l'anus contre nature sont le renversement des bouts de l'intestin, l'engorgement de l'entonnoir membraneux, les épanchements, les infiltrations de matières fécales et les diverses inflammations qui sont la suite du contact de ces matières.

J'ai déjà dit un mot du *prolapsus* des bouts de l'anus accidentel. Pour bien connaître cette complication, il faut lire le mémoire de Sabatier, dans la collection de l'ancienne Académie de chirurgie. C'est, le plus souvent, au bout supérieur que le renversement a lieu; c'est quelquefois aux deux, mais alors l'accident est plus prononcé au supérieur. La saillie faite par l'intestin peut avoir de 4 à 18 pouces. Comme pour les chutes du rectum, la lésion ne se borne pas toujours à un relâchement, à une issue de la membrane muqueuse; il y a quelquefois vraie chute de l'intestin, c'est-à-dire issue d'une portion d'intestin voisine de la perforation qui s'est d'abord invaginée dans un des bouts, pour le dépasser ensuite. Hippocrate avait déjà noté cet accident; on en trouve des exemples remarquables dans le mémoire de Sabatier, qui a fait représenter un cas observé par lui (1). Fab. de Hilden a fait aussi graver un intestin ainsi sorti. Le sujet avait vingt ans; la tumeur était à l'aine droite; elle avait 12 à 13 pouces de longueur, avec l'épaisseur de l'avant-bras au-dessus du poignet (2).

La tumeur formée par la chute de l'intestin doit nécessairement offrir les caractères de la face interne de cet organe. On y voit des replis valvulaires et les follicules muqueux gonflés, plus rouges, quelquefois saignants, ordinairement enduits d'une mucosité blanchâtre. Cette tumeur, en général peu douloureuse, le devient beaucoup par l'action prolongée du froid. On y remarque les mouvements vermiculaires de l'intestin, mouvements qu'on peut provoquer par l'aspersion de quelques gouttes d'eau froide. On dis-

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, tom. V.

(2) Cent. première obs. 74.

Digitized by Google

tingue le renversement du bout inférieur de celui du supérieur à l'écoulement par la base de la tumeur dans le premier cas, et par son sommet dans le second. Un liquide poussé par le rectum, un autre liquide coloré introduit par la bouche, pourraient aider à compléter le diagnostic : le liquide coloré sortirait par le bout supérieur, l'autre par le bout inférieur. Mais pour que le liquide provenant du lavement arrivât avec facilité au bout inférieur, il faudrait que l'anus anormal ne fût pas trop voisin de l'estomac, qu'il eût son siége sur un gros intestin.

Le renversement peut avoir lieu à toutes les périodes de l'anus accidentel; il est dû aux mêmes causes qui produisent les hernies, telles que la toux, les efforts, etc.; il est réduit par les mêmes moyens; il reste réduit ou se reproduit de même manière. Ainsi la position horizontale est favorable à la réduction, et cette seule position peut opérer la rentrée; la position verticale produit l'effet contraire.

L'intestin ainsi sorti peut être irréductible, étranglé; on en trouve des exemples dans le mémoire cité de Sabatier. L'irréductibilité peut être due à un engorgement de l'intestin dont les diamètres ne sont plus en rapport avec ceux de l'ouverture qui lui a livré passage, ou bien à des adhérences formées entre la portion de l'intestin engaînante et la portion engaînée. Dans ce renversement, la séreuse est contre la séreuse. On comprend alors que, pour peu que l'inflammation atteigne les deux séreuses en contact, il y aura adhérence. Boyer pensait que la constriction du bout inférieur ne donnait pas lieu aux accidents de l'étranglement, parce que ce bout était devenu étranger à la digestion.

L'engorgement de l'entonnoir membraneux a lieu quand la partie qui correspond à la solution de continuité extérieure se rétrécit trop tôt, ce qui arrive aux anus contre nature qui succèdent à la hernie inguinale. J'ai observé un de ces accidents dans un cas où le conduit de l'entonnoir était étroit. Je l'ai vu aussi être causé par une accumulation de pepins de grosses groseilles dont le malade avait fait un excès; c'était à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Breschet, pendant que j'en dirigeais le service par intérim; ces corps étrangers s'étaient accumulés dans le bout supérieur, vers sa fin, et remontaient dans l'entonnoir. Le malade périt avec tous les symptômes de l'étranglement herniaire.

Les matières fécales peuvent donner lieu à des *inflammations*, les-

Digitized by Google

quelles seront d'autant plus graves qu'elles siégeront plus profondément. Les matières fécales versées sur la peau produisent des inflammations érysipélateuses, boutonneuses, que les soins de propreté les plus minutieux ne peuvent pas toujours prévenir. Avant d'arriver au dehors, les matières peuvent repasser en partie ou en totalité dans les interstices des diverses couches qui composent les parois abdominales et donner lieu à de vrais abcès stercoraux qui se font jour, plus ou moins loin, par une ou plusieurs ouvertures. Cet accident est grave, car il peut donner lieu à un phlegmon diffus, et l'inflammation qui marche nécessairement avec lui peut se communiquer au péritoine. Cette membrane est nécessairement enflammée quand, au lieu de passer dans les parois, les matières tombent dans la cavité même de l'abdomen. C'est par la déchirure des adhérences dues à un effort ou à une digestion laborieuse qu'a lieu l'épanchement; l'engorgement de l'entonnoir dont j'ai déjà parlé peut avoir un résultat aussi fâcheux.

4° *Diagnostic.* L'anus contre nature est rarement difficile à connaître. Son siége vers l'ombilic ou la région inguinale, l'odeur, la nature des matières qui sont versées sur l'abdomen, la circonstance d'une plaie intestinale, d'une hernie qui ont précédé, ne laissent en général aucun doute sur la nature de cette infirmité. Cependant ces causes ne sont pas les seules qui donnent lieu à l'anus contre nature; il peut survenir après l'élimination d'un corps étranger, préalablement introduit dans le tube digestif, et un abcès formé dans le voisinage du cœcum peut produire un pus dont l'aspect et l'odeur pourront singulièrement ressembler à la matière rejetée par certains anus contre nature assez étroits pour mériter le nom de fistules. Mais les antécédents et les suites finissent par lever tous les doutes.

5° *Pronostic.* Le pronostic dépend de l'étendue de la perte de substance éprouvée par l'intestin, de la cause, de la disposition des bouts et de la proximité de l'estomac. On conçoit que plus largement l'intestin aura été ouvert, moins il y aura de facilité pour le passage des matières fécales dans le bout inférieur. De là l'atrophie de celui-ci, qui devient toujours moins accessible aux matières fécales. Il y a plus de chances de guérison pour un anus contre nature survenu à la suite d'une hernie que pour celui qui résulte d'une plaie intestinale. Quand les deux bouts sont faciles à reconnaître, il y a plus d'espoir de guérison, puisque les procédés opératoires sont plus facilement, plus régulièrement appliqués. Toutes choses égales

Digitized by Google

d'ailleurs, l'anus contre nature le plus voisin de l'estomac est le pus grave. Il y a, en effet, une grande différence entre l'anus contre nature qui atteint le jéjunum et celui du cœcum. Dans le premier cas, les matières alimentaires sont rejetées quand elles n'ont fourni encore que très peu de matériaux à la nutrition, tandis que, dans le dernier cas, la digestion est près d'être achevée quand les matières sont rendues. J'ai vu une femme périr d'inanition, le huitième jour de l'établissement d'un anus contre nature qui atteignait le jéjunum. Je connais, au contraire, des sujets qui vivent depuis près de vingt ans avec un anus contre nature du gros intestin.

Cette différence dans le pronostic doit faire naître des différences dans l'opportunité des moyens chirurgicaux qui seront bientôt exposés.

Manœuvres et opérations nécessitées par les hernies abdominales en général et par leurs accidents.

Le traitement de la hernie a pour but : 1° de la réduire, la contenir et de faire ainsi cesser les désordres fonctionnels qui l'accompagnent, de prévenir les accidents qui peuvent la compliquer (*cure palliative*); 2° de la guérir radicalement (*cure radicale*); 3° de combattre les accidents quand on n'a pu les prévenir (*kélotomie*, etc.).

I. CURE PALLIATIVE.

Toute hernie doit être contenue, quels que soient son volume et sa composition ; on la contient différemment selon qu'elle est réductible ou non.

Taxis. C'est le nom de la manœuvre qui consiste à replacer dans le ventre les parties qui en sont sorties. Pour réduire une hernie, il faut placer le malade de manière que les muscles abdominaux soient dans un relâchement complet. Dans ce but, on fait coucher le malade sur le dos, les épaules, la tête et le bassin relevés au moyen d'oreillers, entre lesquels le dos se trouve fléchi ; les membres inférieurs sont en demi-flexion. La paroi abdominale antérieure est alors dans un état complet de relâchement ; le ventre et l'ouverture par laquelle la hernie est sortie sont dans une position déclive par rapport à la tumeur ; le poids des organes restés dans l'abdomen favorise alors la réduction. Le malade est placé sur le bord droit du lit ; le chirurgien est à sa droite. La tumeur est saisie

Digitized by Google

à pleine main par son fond ; des mouvements de totalité lui sont imprimés en différents sens, afin de répartir d'une manière égale, dans l'anse déplacée, les gaz et les matières stercorales ; quelques tractions sont exercées dans le sens de l'axe de l'ouverture abdominale ; puis l'opérateur entoure avec les doigts de la main gauche le pédicule de la tumeur, de manière à empêcher qu'il ne s'affaisse sous la pression exercée par la main droite et que les parties déplacées ne soient ainsi refoulées contre les bords de l'ouverture. Alors commence réellement la réduction. On l'opère en exerçant sur la hernie, dans le sens de son axe, une pression douce et soutenue, dont le but est de vider le sac dans la cavité abdominale. L'intestin se réduit en bloc avec un bruit de gargouillement, et semble se précipiter dans le ventre ; l'épiploon rentre peu à peu et sans bruit, il semble s'y glisser.

Dans cette manœuvre, les doigts du chirurgien doivent entourer et comprimer la hernie d'une manière aussi égale et aussi complète que possible. Si la tumeur est trop volumineuse pour que la main puisse l'embrasser, le taxis sera exécuté par deux personnes, dont l'une entourera de ses deux mains le pédicule, tandis que l'autre opérera la réduction par des pressions exercées sur les deux côtés de la hernie.

Bandages. La réduction étant opérée, il faut maintenir la hernie par un bandage qui, pour remplir l'indication, doit ne pas gêner les mouvements, être cependant bien fixé ; il doit exercer sur l'ouverture abdominale une pression suffisante pour contenir la hernie, mais pas assez forte ni assez dure pour contondre ou excorier la peau et affaiblir l'ouverture aponévrotique de l'abdomen. Il est inutile de dire que, pour diriger la confection et l'application des bandages, il faut des connaissances exactes sur la disposition et la direction de l'ouverture par laquelle la hernie est sortie. La pelote devra repousser directement une hernie sortie par une ouverture directe. Si c'est par un canal oblique, la pelote devra être appliquée de manière à en rapprocher les parois ; elle devra agir à travers la paroi antérieure sur l'orifice supérieur de ce canal. Je représenterai une pelote destinée à cela. Si les indications sont saisies et remplies avec intelligence, une action modérée suffira pour contenir la hernie, tandis que la plus forte pression restera souvent sans résultat, si elle ne porte pas où il faut, et si sa direction n'est pas convenable. Qu'on se souvienne qu'une contention parfaite-

Digitized by Google

ment exacte et longtemps soutenue *sans interruption* peut amener, dans certains cas, une guérison radicale.

Il y a des bandages pour chaque espèce de hernie et pour tous les âges. Chez les très jeunes enfants, on se contente d'une pelote en linge, fixée avec une bande. Mais cet appareil est bien moins efficace que les bandages à ressort élastique, et il est nécessaire de le renouveler bien souvent.

Dans tous les cas où il n'a pas d'inconvénient, le brayer à ressort doit être préféré. Il se compose d'un ruban d'acier élastique, terminé à une de ses extrémités par une plaque dont la forme varie suivant l'espèce de hernie à laquelle il s'applique (Voy. fig. 60). Le ressort matelassé sur sa concavité, constitue le corps du bandage. La plaque est garnie dans le même sens, de manière à former une pelote convexe. Certains bandagistes, trouvant les pelotes ordinaires trop faciles à se déformer, en ont fait en bois et en ivoire. On les recouvre de chamois, et on les rembourre légèrement. La fabrication des pelotes a varié : les plus usitées sont rembourrées de crin, de laine, enveloppées avec la plaque métallique par une peau de chamois. On en a fait en caoutchouc disposé en masse compacte. D'autres ont substitué aux pelotes une poche en caoutchouc remplie d'air. La pelote ordinaire est sujette à se déformer; les pelotes en bois et en ivoire sont trop dures; il est cependant des cas dans lesquels ces pelotes peuvent être employées avec avantage. Mais la pelote à air doit être surveillée avec soin, car la compression la vide peu à peu, et elle finirait par n'avoir plus d'action.

On nomme *collet* l'union du corps du bandage avec la pelote. Le brayer est recouvert d'une peau de buffle prolongée au-delà de l'extrémité du ressort opposée à la pelote, de manière à continuer dans ce sens la ceinture, qui est terminée par une lanière de cuir percée de plusieurs trous. Deux crochets, solidement implantés sur la face antérieure de la plaque, servent à accrocher la lanière de la ceinture et l'extrémité libre du sous-cuisse (Voy. fig. 61).

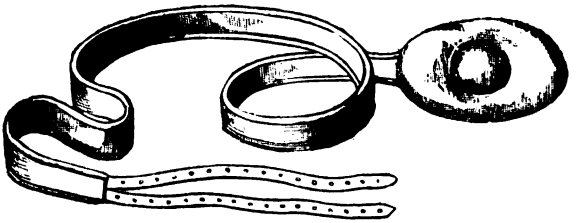
Le sous-cuisse n'est qu'une lanière de cuir garnie, qui, fixée à la partie postérieure du brayer, contourne le pli de la cuisse, et vient s'accrocher au clou inférieur de la plaque (fig. 61).

Tel est le brayer à ressort élastique. La force du ressort variera selon la tendance qu'aura la hernie à se reproduire. Les différentes parties de cet appareil présenteront des différences suivant l'espèce de hernie. Ainsi, si c'est une hernie ombilicale, le ressort, très doux,

Digitized by Google

ne fera guère que la moitié du tour du corps, prendra son point d'appui postérieur sur la colonne vertébrale ; sa courbure sera horizontale ; la plaque antérieure, conservant la direction du ressort, sera matelassée simplement, et munie à la partie moyenne de sa face concave d'une pelote sphérique (fig. 59). Le collet ne pré-

Fig. 59.



sentera ni torsion ni courbure particulière ; le corps du bandage et la pelote formeront ensemble un demi-cercle. Ce bandage sera ordinairement porté sans sous-cuisse. S'il le fallait cependant, on le fixerait au moyen de sous-cuisses et de scapulaires.

Dans le brayer inguinal ou crural, le corps du bandage entoure ordinairement le bassin depuis la symphyse sacro-iliaque du côté sain jusqu à l'ouverture abdominale qui a laissé passer la hernie. Le point d'appui postérieur est pris sur la paroi correspondante du bassin. Dionis, Arnaud, Delauney, donnaient au corps du bandage beaucoup plus de longueur ; ils lui faisaient faire les trois quarts du tour du bassin. Le ressort de Camper embrassait les dix douzièmes du bassin ; son extrémité dépassait d'un pouce la ligne verticale répondant à l'épine iliaque antérieure supérieure ; le bandage prenait ainsi un point d'appui sur la partie antérieure de l'os des iles de l'autre côté de la hernie. Un pareil brayer est, sans doute, plus solide, et tient sans sous-cuisses ; mais il est plus difficile à construire, et ne peut être bien fait que sur une mesure extrêmement exacte du tour du bassin.

Le ressort, horizontal jusque sous l'épine iliaque antérieure et supérieure, présente à cet endroit une courbure adaptée à cette partie de la circonférence du bassin, s'abaisse en même temps vers la région inguinale ou le pli de l'aine, de manière à former une spirale (Voy. fig. 61), et subit de plus dans son collet une torsion qui incline un peu en avant le bord supérieur de la pelote, et en arrière son bord inférieur. La courbure en spirale du ressort est plus prononcée dans

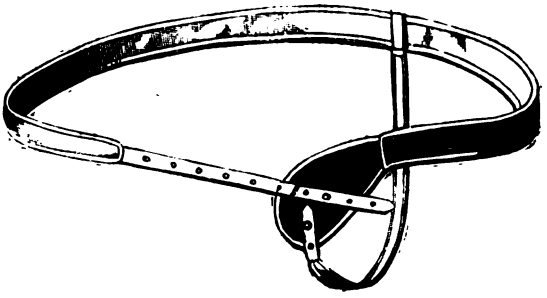
Digitized by Google

le brayer crural que dans l'inguinal. La partie de ce ressort qui s'étend de l'épine iliaque à l'ouverture herniaire est plus longue pour la hernie inguinale directe ou la hernie oblique ancienne qui a effacé le canal que pour la hernie crurale et l'inguinale oblique récente. La fig. 60 montre un bandage simple à pelote fixe, vu par

Fig. 60.

la face qui correspond à la peau du malade. On constate que la pelote est convexe et ovalaire. La fig. 61 est un bandage appliqué

Fig. 61.



moins le corps du malade. On voit surtout ici la face antérieure de la pelote, sa direction.

Les bandages inguinaux et cruraux doubles ont été construits de diverses manières. Les uns ont fixé les deux pelotes sur le même corps de bandage, qui alors a été prolongé au-dessus du pubis ou de la vulve, jusqu'à la seconde ouverture herniaire. Delauney fixa la seconde pelote à celle qui tenait au ressort, par le moyen d'une queue qui s'engageait dans une coulisse existant sur cette dernière, où on l'enfonçait plus ou moins, de manière à la faire porter sur la seconde ouverture. Cette seconde pelote était fixée sur la première au moyen d'une vis (1). Mais ces bandages doubles à un seul ressort avaient

(1) *Académie de chirurgie*, tom. I, pag. 697, édit. in-4°.

Digitized by Google

le grave défaut de ne pas porter avec une égale force sur les deux ouvertures herniaires. En 1761, Tiphaine les remplaça avec beaucoup d'avantage par les brayers à double ressort, qui ne sont autre chose que deux brayers simples dont les ressorts ne s'étendent en arrière que jusqu'à la ligne médiane, sur laquelle ils sont unis par une boucle. En avant, les deux pelotes sont unies par une lanière de cuir. Les brayers ainsi construits suffisent ordinairement. Si on voulait donner plus de longueur aux ressorts, et en augmenter ainsi la force, on pourrait munir l'un des ressorts à la partie postérieure de sa face convexe, d'une coulisse au moyen de laquelle on les ferait glisser l'un sur l'autre, de manière à augmenter et à diminuer à volonté l'étendue du cercle qu'ils forment par leur réunion. M. Goyrand a fait construire ainsi plusieurs bandages doubles; ses malades s'en sont très bien trouvés.

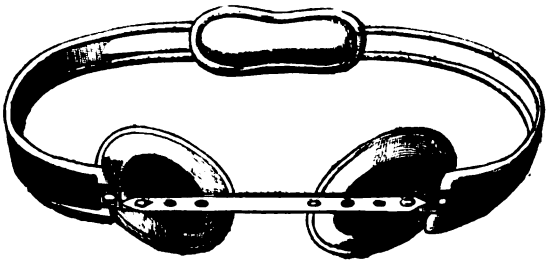
On a imaginé des brayers encore plus simples et moins gênants. Tel est le bandage de Salmon, importé en France par M. Wickam. Cet appareil se compose d'un ressort assez long pour faire les deux tiers du tour du bassin, et de deux pelotes, dont l'une, postérieure, large et plate, se fixe en avant de l'extrémité postérieure du ressort par un simple clou à pivot; et l'autre antérieure, ovale et convexe, est articulée avec le ressort au moyen d'une tête en cuivre dont celui-ci est muni, et qui est reçue dans une cavité orbiculaire que présente en avant la plaque de la pelote. Au moyen de cette articulation, la pelote antérieure est mobile en tous sens sur le ressort. Le ressort contourne le côté du bassin opposé à la hernie, et passe au-dessus des pubis pour se rendre à l'ouverture herniaire. Le point d'appui postérieur est pris sur le sacrum.

Si on a affaire à une hernie double, les deux ressorts articulés en arrière avec une seule pelote centrale seront beaucoup moins longs que dans le bandage simple; car chaque ressort porte la pelote destinée à la hernie de son côté (Voy. fig. 62). Les ressorts de ces bandages sont percés à leurs deux extrémités de plusieurs trous (fig. 64), propres à recevoir les pivots servant à l'articulation des pelotes. On peut ainsi allonger ou raccourcir à volonté les ressorts. M. Wickam donne à ces ressorts la force qu'il désire, en les composant d'une, de deux ou même de trois lames élastiques qu'on applique l'une sur l'autre, et qui sont toutes renfermées dans la même gaîne de peau. Le bandage de Salmon, serré au-delà de la ligne médiane, n'a pas de tendance à se déplacer du côté qu'embrasse le ressort, et tient bien souvent

Digitized by Google

sans que l'on complète la ceinture par une lanière allant de la pelote postérieure à l'antérieure; mais quand il est double, il est indispensable d'unir les deux pelotes contentives par une courroie. On porte ce bandage sans sous-cuisses. La fig. 62 représente un

Fig. 62.



bandage double à pelotes mobiles. La fig. 63 est destinée à montrer les détails d'articulation d'une pelote mobile. La fig. 64 est une

Fig. 63. Fig. 64.

pelote mobile aussi, mais elle peut, par sa forme, comprimer le canal inguinal et ses deux orifices.

Le bandage que je viens de décrire peut suffire dans les hernies faciles à contenir; mais ce qui vaut encore mieux, ce qui est plus sûr, c'est un brayer avec son sous-cuisse.

Les brayers qu'on trouve tout confectionnés chez les bandagistes, comme fig. 61, conviennent à beaucoup de hernies; mais certaines dispositions de la hernie ou de l'ouverture par laquelle elle sort, certaines particularités de conformation du sujet exigent des modifications dans la forme du bandage. Quand ces cas se présentent, il faut que le brayer soit confectionné pour le sujet auquel il est destiné. C'est alors que le fabricant doit avoir une connaissance exacte des dimensions et des contours du bassin. Il pend mesure avec un fil de fer dont il entoure le bassin, et auquel on imprime une courbure représentant exactement le contour de cette partie, la direction et la longueur de la portion du bandage qui répond à l'intervalle qui sépare la partie antérieure de la portion iliaque de

Digitized by Google

l'os coxal de l'ouverture par laquelle sort la hernie ; il doit aussi noter les dimensions de cette ouverture.

Pour appliquer le bandage, on fait coucher le malade horizontalement sur le dos, et après avoir glissé le ressort sous le bassin, on réduit exactement la hernie. On place ensuite la pelote sur l'ouverture abdominale ; on applique bien la ceinture, dont on accroche la lanière sur la plaque (Voy. fig. 61); on place ensuite le sous-cuisse. Le bandage doit exercer une compression suffisante, mais non trop forte. Si on est obligé d'employer un ressort un peu roide chez un sujet dont la peau est délicate, on préviendra la douleur et les excoriations que la pression de la pelote ne manquerait pas d'occasionner, en plaçant une compresse épaisse et souple entre la peau et la pelote.

Dans les premiers temps, le malade doit garder jour et nuit le bandage; plus tard, quand la hernie a moins de tendance à sortir, il pourra le quitter en se mettant au lit, à moins toutefois qu'il ne soit atteint d'une toux violente, d'une difficulté d'uriner qui l'oblige de se livrer à des efforts pendant la nuit.

On ne peut pas toujours reconnaître tous les défauts d'un bandage au moment de son application. On devra donc en surveiller les effets. Si la contention n'est pas exacte, si la compression exercée par la pelote est trop forte, on modifie le bandage. Le chirurgien qui dirige l'artiste dans la construction du brayer doit avoir une connaissance parfaite de l'anatomie de l'ouverture qui livre passage à la hernie.

II. CURE RADICALE.

Pour une guérison entière, complète, beaucoup de conditions doivent être remplies, comme je l'ai déjà dit : il faut que le sac soit détruit ou ne soit plus en communication avec la cavité abdominale et que l'ouverture qui livre passage à la hernie se resserre et reprenne ses dimensions normales. J'ajoute qu'il faudrait remonter le ressort des liens qui attachent dans l'abdomen les parties herniées; on devrait aussi quelquefois modifier ces parties, les rendre moins lourdes, moins mobiles. Enfin, il est des cas où l'abdomen aurait besoin d'être modifié dans sa capacité, sa forme, qui ont été changées par le fait de l'absence des parties depuis longtemps contenues dans un ventre surnuméraire. Que de difficultés pour remplir ces dernières indications! Pour obéir aux indications ra-

Digitized by Google

tionnelles possibles, on possède des moyens dont les uns, doux et lents, laissent la peau intacte; les autres sont de véritables opérations.

Les premiers sont la position, la compression et les topiques, moyens qui ont été employés seuls ou combinés. Parmi les opérations chirurgicales qui ont été pratiquées dans le but d'obtenir la guérison radicale, 1° les unes n'ont eu d'autre effet que la destruction du sac ou l'oblitération de son collet : telles sont la cautérisation, l'incision, l'excision du sac, la ligature, le point doré, la suture royale, la castration, l'acupuncture (Bonnet de Lyon), l'introduction d'un corps étranger irritant dans le col du sac (Belmas), l'injection iodée dans cette poche (Velpeau); 2° les autres ont eu pour but le resserrement ou l'oblitération de l'ouverture abdominale, en même temps que la destruction ou l'oblitération du sac : tels sont les scarifications, la réduction du sac pelotonné dans l'ouverture herniaire (J.-L. Petit), le bouchon épiploïque retenu dans le collet du sac (Stevens), le sachet de baudruche insufflé que M. Belmas a placé dans le collet du sac, et les opérations autoplastiques (Jameson, Gerdy, Signorini).

Position. La plupart des hernies rentrent d'elles-mêmes quand le malade est couché sur le dos. On conçoit alors qu'à un âge où l'ouverture a de la tendance à se resserrer, la position horizontale longtemps supportée pourra amener seule le resserrement progressif de cette ouverture et la guérison de la hernie : aussi Fabrice de Hilden et Arnaud ont-ils observé des malades qui, retenus longtemps au lit par d'autres maladies, ont été guéris de leur descente par la seule position horizontale. Le décubitus sur le dos a été ordinairement conseillé comme auxiliaire des autres moyens de guérison radicale. M. Ravin a eu recours à la position comme moyen principal : il place ses malades horizontalement, le bassin plus élevé que le thorax, le côté correspondant à la hernie plus élevé aussi que l'autre. Suivant cet auteur, la durée moyenne du traitement serait d'un à deux mois. Un des malades de M. Ravin a été guéri en vingt-six jours d'une hernie qui s'était formée brusquement. On conçoit la réussite de ce traitement chez les jeunes sujets et dans les cas de hernies récentes, surtout celles qui se sont formées brusquement; car les habitudes de déplacement ne sont pas prises par les viscères, il ne s'est pas opéré encore des modifications dans la forme, la capacité de l'abdomen, et les ouvertures de cette cavité conservent encore quelque rétractilité. D'ailleurs la position est toujours

Digitized by Google

un excellent auxiliaire, et plus d'une cure dont on fait honneur à tel ou tel procédé opératoire est due à ce que le malade est resté longtemps couché après l'opération.

Compression. La compression, moyen palliatif ordinaire employé de manière à ne laisser jamais ressortir la hernie, produit le resserrement progressif du collet du sac et de l'ouverture herniaire, et par conséquent la guérison radicale, si le sujet se trouve dans de bonnes conditions. Les moyens de compression sont les bandages que j'ai décrits en parlant de la cure palliative. M. Fournier (de Lempdes) adopte une pelote qui comprime au moyen d'une vis de pression, ce qui n'est pas toujours supporté par le malade. Quand on emploie la compression comme moyen de guérison radicale, on doit prêter beaucoup d'attention à la construction du bandage. Si l'ouverture herniaire est large, une pelote étroite et très convexe pousserait la peau dans l'ouverture, et la dilaterait, au lieu d'en favoriser le resserrement (1). On devra se servir d'une pelote large et peu convexe. La pelote agit ici comme la position, en empêchant que la hernie ne vienne entretenir ou augmenter la dilatation de l'ouverture. Elle agit peut-être encore en augmentant, par l'irritation qu'elle y détermine, la densité des tissus comprimés.

Pour que la compression réussisse, elle ne devra être interrompue ni jour ni nuit. Si la hernie sort une fois pendant le traitement, tout est à recommencer, dit A. Cooper. Il faut qu'elle soit contenue pendant longtemps. A. Cooper a constaté, mais rarement, une guérison dans l'espace de neuf mois, assez souvent dans l'espace d'un an. Il conseille, toutefois, de prolonger le traitement au moins pendant deux ans. Quand on a lieu de penser que le malade est guéri, on ne discontinue pas la compression d'une manière brusque : le malade quitte d'abord son bandage pendant la nuit, puis aux moments du jour où il ne se livre à aucun effort; on ne lui permet enfin de le quitter tout-à-fait qu'après avoir acquis la certitude que, pendant la toux et les efforts, la hernie n'a plus de tendance à se reproduire.

Topiques. De tout temps on a vanté, comme propres à guérir radicalement les hernies, certains topiques astringents et toniques; tels étaient les emplâtres *contra rupturam*, la terre sigillée, les sa-

(1) Ceci est dans ma première édition. M. Malgaigne avait proposé une pareille pelote. Je suis charmé que ce chirurgien soit revenu, en pleine séance de la Société de chirurgie, de l'erreur que je signale ici.

Digitized by Google

chets contenant de l'écorce de chêne en poudre trempés dans du vin, les cataplasmes de Paré avec les farines d'orge et de fève, l'aloès, le mastic et le bol d'Arménie (1); les fomentations de vin rouge du prieur de Cabrières, qui, en même temps, donnait à l'intérieur de l'acide hydrochlorique; telles sont encore les pelotes composées d'opium brut, de noix de cyprès et de galle, de cendres de marronnier d'Inde et de sous-carbonate d'ammoniaque, récemment vantées par M. Baumont, d'autres pelotes médicamenteuses conseillées par M. Jalade-Lafond. Les vésicatoires et les cautérisations superficielles ont encore été employés dans le même but. Quelle action peuvent avoir de pareils moyens contre le relâchement des organes, celui des ouvertures aponévrotiques? Leur action se borne à la peau, qu'ils peuvent plus ou moins irriter, tanner.

Les trois moyens de guérison radicale que je viens d'exposer ont été bien plus souvent combinés entre eux qu'employés isolément. On conçoit que si, à l'exemple d'A. Paré, on emploie concurremment la position horizontale, la compression et les topiques astringents, on réussira quand le sujet sera dans les bonnes dispositions déjà indiquées. M. Ravin, qui a tant compté sur la position horizontale, a cependant employé en même temps la compression et la solution d'alun. MM. Baumont et Jalade Lafond ont aidé l'action de leur topique de la compression. La position horizontale gardée longtemps procurerait sans doute des guérisons. On pourrait aussi, dans certains cas, compter sur les bons effets de la compression employée seule; mais je ne crois guère à l'efficacité des topiques seuls.

Cautérisation. La cautérisation avec le cautère actuel ou les caustiques était appliquée sur la peau, vis-à-vis le collet du sac, après la réduction de la hernie. Le collet du sac devait être détruit par la cautérisation. Dans la hernie inguinale, on faisait quelquefois des cautérisations assez profondes pour dénuder et provoquer l'exfoliation du pubis. Le but de la cautérisation ainsi pratiquée était d'obtenir une cicatrice adhérente à l'os, qui devait présenter aux viscères une plus grande résistance. Cette opération est fort ancienne; elle était pratiquée par les chirurgiens arabes, et quoique blâmée depuis par la plupart des bons praticiens, elle resta dans la science et fut toujours pratiquée par certains hommes spéciaux jusqu'à l'époque où elle fut appréciée à sa juste valeur par l'Académie royale de chi-

(1) *Œuvres complètes*, Paris, 1840, tome I, page 406.

Digitized by Google

rurgie (1). La cautérisation était dangereuse; elle était à peu près toujours suivie de récidive : c'est donc avec raison qu'elle a été entièrement abandonnée.

Incision. Elle consiste à diviser le sac, toutes les enveloppes de la hernie dans toute leur hauteur pour les faire suppurer. C'est la plus simple et peut-être la moins grave des opérations pratiquées autrefois. Elle était cependant encore dangereuse. J.-L. Petit avait observé qu'elle était plus souvent compliquée d'accidents graves que le débridement de la hernie étranglée. Elle était généralement suivie de récidives. Aussi, après l'avoir pratiquée quelquefois, J.-L. Petit finit-il par la blâmer. Elle fut aussi absolument rejetée comme dangereuse et inefficace par Pott. Cette opération ne se pratique plus aujourd'hui.

Excision. L'excision se pratiquait de différentes manières. Celse a décrit, comme étant usité de son temps, un mode d'excision consistant à circonscrire par deux incisions, et à enlever un lambeau des enveloppes de la hernie en forme de feuille de myrte. Il en est qui, après avoir fait l'incision, ont excisé les bords du sac avec des ciseaux. D'autres enfin ont complétement disséqué le sac et l'ont excisé vers l'ouverture abdominale. A. Cooper a excisé le sac d'une hernie crurale qu'il venait de débrider; la hernie s'est reproduite comme à l'ordinaire.

L'excision est plus difficile, plus douloureuse et aussi peu efficace que l'incision simple.

Ligature. La ligature, autrefois appliquée comme méthode générale, ne l'est que très rarement aujourd'hui et seulement pour la hernie ombilicale, chez les enfants nouveau-nés ou très jeunes. Celse pratiquait cette opération en traversant les enveloppes près l'ouverture abdominale d'un double fil qu'il serrait de chaque côté, soit sur la peau, soit dans une incision circulaire divisant cette membrane. On a fait aussi une seule ligature circulaire : c'est le procédé suivi aujourd'hui dans les cas très rares où la ligature est pratiquée. Quelques chirurgiens ont lié le sac à sa racine après l'opération de la hernie étranglée. J.-L. Petit a vu la ligature pratiquée dans ces circonstances occasionner une douleur si vive qu'on fut obligé de couper le fil; une autre fois, il a constaté qne cette ligature a donné lieu à une péritonite mortelle. Ledran conseillait la ligature du sac dans l'opération de la hernie crurale et dans celle de la hernie inguinale

(1) Bordenave, *Académie de chirurgie*, tom. V, pag. 651, édit. in-4°.

Digitized by Google

chez la femme (*Observations de chirurgie*, t.II, p. 17). On conçoit qu'elle ne pourrait s'appliquer à la hernie scrotale, à cause de la difficulté d'isoler le sac du cordon spermatique. On pourrait rapporter à la méthode de la ligature la compression jusqu'à gangrène que Celse exerçait sur les enveloppes de la hernie, au moyen de deux plaques de bois appliquées sur les deux côtés opposés de ces enveloppes, et attachées l'une à l'autre par leurs deux extrémités. Parmi les chirurgiens qui ont pratiqué la ligature, les uns ont exercé de suite une constriction complète, d'autres ont serré le fil graduellement.

La ligature détermine la mortification et la chute des enveloppes de la hernie, et la cicatrice qui se forme ensuite oblitère l'ouverture abdominale. On ne peut compter sur le succès de cette opération que dans les cas où l'ouverture par laquelle sort la hernie n'est pas trop large, et tend à se resserrer. On conçoit qu'elle n'est applicable qu'aux hernies isolées de toutes parts (hernies ombilicales).

Acupuncture. M. Bonnet, de Lyon, a déterminé l'inflammation adhésive et l'oblitération du col du sac en le traversant avec des épingles dont les deux bouts étaient enfoncés dans de petits morceaux de liége demi-sphériques, qui se regardaient par leur convexité, et qu'on rapprochait les uns des autres de manière à mettre dans un contact exact les points opposés du sac. Pour assurer ce contact, on recourbe avec une pince la pointe de chaque épingle sur la face plane de la pièce de liége qu'elle traverse. Le nombre des épingles appliquées sur chaque sujet a varié de trois à six. L'appareil a été laissé en place l'espace de six à douze jours.

Autre ligature. M. Mayor, de Lausanne, a remplacé les épingles de M. Bonnet par les fils cirés doubles, les morceaux de liége par des corps solides quelconques qu'il a placés entre les deux chefs des fils, de manière à faire une espèce de suture enchevillée. Au lieu de traverser le sac, comme M. Bonnet, M. Mayor a fait un pli à la peau au-devant de l'anneau et de la partie supérieure du sac, et a placé ses fils à la base de ce pli cutané, et en dehors du sac. M. Mayor espérait faire naître ainsi une inflammation qui, se propageant de l'extérieur à l'intérieur du sac, déterminerait dans cette poche des adhérences (*Gazette médicale*, 1837, pag. 272). Le praticien de Lausanne s'était d'abord engoué de son procédé; mais plus tard il l'a jugé plus sainement, et a lui-même reconnu qu'il était peu efficace.

Digitized by Google

Corps étrangers. M. Belmas a cherché à oblitérer le col du sac herniaire en y déterminant une inflammation adhésive au moyen de filaments de gélatine desséchée recouverts par de petites lanières de peau de baudruche, qu'il a introduits au moyen d'une aiguille de forme particulière. Ces corps étrangers ont enflammé les points avec lesquels ils ont été en contact, et ont ensuite disparu par absorption. Sur dix opérations que M. Belmas a pratiquées par ce procédé, cinq ont été, dit-il, couronnées de succès. Dans trois cas, il y a eu récidive incomplète ; dans les deux autres enfin, la hernie s'est bientôt reproduite (1).

Injection iodée. M. Velpeau, ayant appliqué avec succès l'injection iodée à l'hydrocèle congénitale, a proposé cette même injection comme moyen de cure radicale de la hernie. Il est presque inutile d'indiquer les précautions à prendre pour empêcher que le liquide irritant ne pénètre dans le péritoine. Je dirai cependant qu'on doit avoir soin de fermer le collet du sac par la compression pendant qu'on fait pénétrer dans cette poche le liquide iodé. L'injection doit déterminer l'oblitération du sac, comme elle détermine celle de la tunique vaginale.

Les opérations que je viens de décrire n'ont d'autre effet que la destruction du sac ou l'oblitération de cette poche ou de son collet; il en est de même de la *castration*, du *point doré* et de la *suture royale*, que je décrirai en traitant de la hernie inguinale. Si on compare la faiblesse de la cicatrice après de pareilles opérations à la force continue, opiniâtre, qui pousse les organes herniés depuis longtemps, il sera facile de concevoir l'insuffisance de pareils procédés. Par les opérations dont je vais m'occuper, on a cherché à obtenir le resserrement ou l'oblitération de l'ouverture abdominale, en même temps que la destruction ou l'oblitération du sac.

Scarifications. On a cru pouvoir déterminer le resserrement de l'ouverture abdominale par le travail de cicatrisation qui suivrait des mouchetures multipliées pratiquées sur le pourtour de cette ouverture. Mais jamais une cicatrice, quelque solide qu'on la suppose, n'aura la résistance d'un tissu fibreux naturel ; on n'a qu'à voir ce qui se passe après les plaies accidentelles des parois abdominales. Je crois qu'en scarifiant un anneau de l'abdomen, on l'agrandit, au lieu de le rétrécir : aussi la méthode des scarifications ne doit-elle inspirer aucune confiance.

(1) *Académie des sciences*, séance du 2 octobre 1837.

Digitized by Google

Bouchons organiques. Garengeot conseilla de pelotonner le sac dans l'anneau, sans inciser les téguments, et de l'y fixer au moyen d'un bandage, jusqu'à ce qu'il y eût formé, en contractant des adhérences, un bouchon capable de contenir la hernie. Cette réduction du sac sans incision préalable des téguments serait presque toujours impossible. J.-L. Petit fit l'application de l'idée de Garengeot aux cas de débridement de la hernie étranglée. Pour cela, il débrida en dehors du sac, réduisit la hernie, puis isola le sac de toutes parts, le pelotonna dans l'ouverture abdominale, et l'y fixa avec une petite pelote en linge. Ce bouchon est un très faible obstacle à la sortie des organes. Plusieurs chirurgiens ont pu l'expérimenter : ainsi M. Goyrand, en opérant des hernies crurales, a plusieurs fois pelotonné dans l'ouverture abdominale le sac recouvert d'un tissu cellulaire chargé de graisse. Quoique incisé, le sac formait un vrai bouchon qui permettait d'espérer que la récidive n'aurait pas lieu. Il n'en a rien été; la hernie s'est reproduite comme s'il n'y avait pas eu de bouchon.

Stevens a, dans le même but, en opérant des hernies étranglées, formé un bouchon organique avec l'épiploon pelotonné. Il m'est arrivé plusieurs fois de laisser au dehors, ou dans l'ouverture abdominale, le pédicule d'une masse épiploïque que j'excisais, ou une portion d'épiploon volumineuse, et jamais je n'ai prévenu le retour de la hernie. J'ai même l'habitude maintenant d'abandonner dans la plaie toute la masse épiploïque sortie, quand la réduction en est impossible. Eh bien ! la récidive a lieu comme si je n'avais rien laissé. Ce qui fait échouer l'obturation, c'est que le bouchon formé par le sac ou l'épiploon change de manière d'être quand il est compris dans une cicatrice : la graisse est absorbée, et il se transforme en un tissu cellulaire lâche qui ne peut opposer aucune résistance.

Je ne décrirai point avec détail le premier procédé de M. Belmas, qui consistait à introduire dans la partie supérieure du sac une poche en baudruche, laquelle, étant insufflée, formait un petit ballon qui remplissait cette partie du sac, et s'appliquait avec exactitude à son orifice. Des expériences sur des chiens avaient pu faire penser à M. Belmas que cette poche se laissait pénétrer de toutes parts par la lymphe plastique, laquelle, se combinant avec la baudruche, se transformait avec elle en un bouchon vivant propre à fermer le col du sac et l'ouverture abdominale. Il paraîtrait que

Digitized by Google

des expériences plus récentes et plus nombreuses ont désabusé M. Belmas; car ce chirurgien semble avoir renoncé à ce procédé, pour s'arrêter à celui que j'ai décrit plus haut.

M. Jameson (de Baltimore), cédant aux instances d'une dame qui avait vu sa hernie crurale se reproduire après le débridement, a pratiqué, dans le but d'obtenir la guérison radicale, l'opération suivante : L'ouverture crurale mise à découvert, il a détaché un lambeau de peau en forme de lame de lancette, de 48 millim. de longueur pour 18 de largeur, dont l'extrémité libre était la partie la plus large. Ce lambeau, renversé et enfoncé dans l'ouverture crurale, a été fixé par une suture qui a réuni les bords de la plaie.

Le succès a été complet selon l'auteur. Je me permettrai ici une courte réflexion : le chirurgien américain ne fut assisté par aucun confrère; son opération n'eut d'autre témoin que la caméristе de la malade.

M. le professeur Gerdy forme autrement le bouchon organique. L'index ou le petit doigt de la main gauche enfonce la peau qui recouvre la hernie dans le canal herniaire, et cela en la renversant et la retournant comme un doigt de gant. La peau ainsi renversée doit être poussée le plus haut possible dans le canal herniaire, et fixée à la paroi antérieure de ce canal par trois, quatre ou cinq points de suture. Pour faire ensuite adhérer entre elles les parois du sac cutané contenu dans l'ouverture abdominale, on enflamme sa face épidermique avec de l'ammoniaque, et afin de contenir et fixer plus sûrement dans le canal la peau qu'on y a engagée, on peut fermer l'ouverture du sac tégumentaire avec quelques points de suture. La première suture, celle du fond, est faite par M. Gerdy avec une aiguille courbe montée sur un manche.

Le canal à oblitérer peut ne pas être assez large pour admettre le doigt; pour y engager la peau, on se sert alors d'une tige métallique, creusée d'une cannelure, à la faveur de laquelle on dirige l'aiguille. M. Gerdy fixait d'abord le fond du sac cutané par la suture entrecoupée. M. Velpeau, qui ne fit qu'un point de suture entrecoupée, dans une opération qu'il pratiqua à la Charité, en 1835, noua le fil sur une boulette de charpie. M. Gerdy, ayant reconnu qu'une suture entrecoupée, qu'on était obligé de serrer beaucoup, étranglait les parties qu'elle embrassait, a conseillé de fixer le fond du sac formé par la peau invaginée par trois points de suture en-

Digitized by Google

chevillée. M. Velpeau ne fit pas de suture à l'orifice du cul-de-sac cutané; M. Gerdy paraît y avoir aussi renoncé (1).

On fait un pansement simple. L'opéré garde le lit pendant quinze jours à un mois, et ne prend qu'une nourriture légère. Dès que l'état des parties le permet, on applique un brayer que le malade ne quitte ensuite que graduellement.

M. Signorini (de Padoue) a exagéré le procédé de M. Gerdy, au lieu de l'améliorer. Ce chirurgien dit avoir guéri radicalement une hernie scrotale par le procédé suivant, qu'il nomme *intro-rétroversion :* Après avoir réduit la hernie, M. Signorini, appliquant l'index sur la partie inférieure de la tumeur, au-devant du testicule, l'a poussé vers l'anneau, puis, à travers le canal inguinal, dans la cavité abdominale. Arrivé là, il a recourbé son doigt en crochet vers le canal crural, dans lequel il l'a plongé ainsi coiffé des enveloppes de la hernie renversées, jusqu'à ce qu'il soit venu faire saillie au pli de l'aine, à travers l'orifice inférieur du canal crural. Alors, le doigt invaginateur restant en place, une aiguille courbe à suture, introduite à travers la peau, a traversé de dedans en dehors le cul-de-sac formé par la peau et les enveloppes de la hernie renversées. On a reconnu, par le contact du doigt, que l'aiguille avait pénétré dans le sac cutané. Cette aiguille a introduit à travers ces parties un fil ciré qui a servi à retenir la peau invaginée. Le chirurgien, retirant alors son doigt du sac cutané, a fait dans l'aine une incision d'un pouce par laquelle le fond de ce sac et le repli falciforme du fascia-lata ont été mis à découvert. Enfin, le sac cutané a été fixé par quelques points de suture entortillée, comprenant ce sac et les lèvres de l'incision de la peau.

Après l'opération, la compression serait plutôt nuisible qu'utile. M. Signorini a rempli le cul-de-sac cutané d'une forte mèche de charpie tordue, et a fait sur la partie des lotions résolutives. L'auteur assure que son opération a eu un plein succès (*Gazette médicale*, 1839, p. 583).

Voici ce que j'ai à dire de plus académique sur ce procédé : Si M. Signorini a pu exécuter l'opération comme il le dit, c'est qu'il a rencontré un cas exceptionnel. Dans l'immense majorité des hernies, il serait impossible de pousser ainsi les enveloppes de la

(1) *Académie royale de médecine*, séance du 5 janvier 1836. Voyez le rapport remarquable de MM. Gimelle et Sanson.

Digitized by Google

Franco (1) et A. Paré (2). C'est Franco qui l'a inventé; Paré n'a fait que l'adopter. Cette opération est un bienfait immense. Le nombre des malades qui lui doivent la vie est aujourd'hui incalculable. Mais c'est une des opérations chirurgicales les plus difficiles. Cette difficulté n'est peut-être pas étrangère aux efforts auxquels se livrent de temps en temps quelques chirurgiens pour la proscrire. L'imprévu est toujours là quand on opère : aussi J.-L. Petit avait-il avoué qu'il ne savait pas précisément ce qu'il allait faire quand il entreprenait une pareille opération. Cependant, si l'on réfléchit bien à ce que j'ai déjà dit et à ce que je vais exposer, il y aura bien moins de surprises, et l'imprévu se présentera moins souvent. L'opération de la hernie se compose de quatre temps principaux :

1° L'incision de la peau;

2° Celle des feuillets membraneux sous-cutanés et du sac;

3° Le débridement;

4° Enfin, la réduction des viscères.

Les instruments dont on se servait pour cette opération sont : un bistouri convexe, un bistouri droit, une sonde cannelée, des ciseaux droits, deux pinces à disséquer. J'indiquerai les modifications que je propose à cet appareil.

On rase la partie, si c'est nécessaire; le malade est couché horizontalement sur le bord droit du lit : le chirurgien se place à sa droite; un aide se tient à gauche, pour présenter les instruments, tendre la peau, lier les artères; d'autres aides fixent les membres et la tête. Quelques chirurgiens (Pott, A. Cooper), pour opérer les hernies inguinales et crurales, placent le malade transversalement au bord du lit, les jambes pendantes, les membres inférieurs un peu fléchis; ils se tiennent eux-mêmes entre les cuisses du malade.

Premier temps. — Incision de la peau. Cette incision se pratique de dehors en dedans, la peau étant tendue par la main gauche, ou soulevée en un pli dont une extrémité est saisie par le chirurgien et l'autre par l'aide placé à gauche du malade. Cette incision ne comprend que la peau. Ordinairement simple, on lui donne alors, suivant les cas, une direction parallèle au grand diamètre de la hernie ou à l'axe du corps. Si la tumeur est volumineuse et représente une portion de sphère, il peut être nécessaire de pratiquer à la

(1) *Traité des hernies*, Lyon, 1561.

(2) *Œuvres complètes*, nouv. édit., Paris, 1840.

Digitized by Google

peau une incision composée en T ou en +. Les extrémités de l'incision doivent toujours dépasser les limites de la hernie, et mettre l'ouverture abdominale à découvert (Scarpa, Louis, Pott).

Deuxième temps. — Incision des feuillets membraneux sous-cutanés et du sac. Ce temps de l'opération est très délicat. On incise couche par couche, parallèlement à la principale incision de la peau, les différents feuillets cellulo-fibreux qui séparent cette membrane du sac. Si l'opérateur est bien sûr de sa main, il peut diviser ces couches de dehors en dedans, avec le bistouri convexe tenu comme un archet et conduit avec beaucoup de légèreté; sinon, il soulèvera successivement avec la pince les diverses couches, et y pratiquera avec le bistouri porté en dédolant, le dos un peu tourné vers la tumeur, une petite ouverture, qu'il agrandira ensuite en haut et en bas, avec le bistouri ou les ciseaux conduits par la sonde cannelée. D'autres se servent, pour l'incision de ces feuillets, d'une sonde cannelée pointue et sans cul-de-sac, avec laquelle ils percent successivement les diverses couches au-dessous desquelles ils glissent ce conducteur, et ils incisent en portant l'instrument sur la cannelure. Le sac se présente ordinairement sous l'aspect d'un feuillet séreux mince et transparent à travers lequel on distingue quelquefois la couleur de l'épiploon ou la couleur brune de l'intestin et de la sérosité qui les baigne. On le soulève avec la pince, et on l'entame comme les feuillets qui le recouvraient. Par cette petite ouverture, il s'échappe ordinairement un jet de sérosité. On agrandit l'incision du sac avec le bistouri ou les ciseaux dirigés par la sonde cannelée; quand l'ouverture est assez large, on introduit dans le sac l'index et le médius gauche, qui le tendent en s'écartant et protègent les viscères contre l'action de l'instrument, lequel divise cette enveloppe en haut et en bas, dans toute sa hauteur.

Pour exécuter convenablement ce temps de l'opération, il faut de la dextérité et surtout de la prudence. Ici, on ne devra pas viser à la célérité, mais à la sûreté. Après l'ouverture du sac, les viscères herniés se montrent sous forme d'une masse tenant au ventre par un pédicule qu'étreint l'ouverture abdominale. L'épiploon, de couleur un peu plus foncée qu'à l'ordinaire, quelquefois un peu ecchymosé, recouvre, enveloppe même dans certains cas l'intestin. Celui-ci, ordinairement poli et rénitent, quelquefois recouvert d'une mince couche de lymphe plastique qui lui donne un aspect villeux, velouté, varie, pour la couleur, du rouge brunâtre au brun-chocolat.

Digitized by Google

On voit ses vaisseaux s'anastomoser en arcade sur sa convexité, le mésentère s'insérer à la concavité de sa courbure. Il est difficile de méconnaître l'épiploon. La couleur ordinairement brune de l'anse intestinale tranche sur la couleur naturelle des parties voisines. Il n'arrive guère qu'à ceux qui n'ont pas l'habitude de cette opération de prendre le sac isolé de toutes parts pour l'intestin. L'épiploon peut être déployé, à moins que des adhérences n'aient confondu ses replis et ne l'aient attaché au sac ou à l'intestin.

Tel est le second temps de l'opération dans les cas simples. Mais, au lieu d'être séparés du sac par de la sérosité, les viscères sont assez souvent en contact immédiat avec cette poche (hernie sèche). Dans une hernie ancienne, les feuillets membraneux extérieurs au sac sont plus épais, plus denses. Le tissu cellulaire qui double le sac est souvent organisé en plusieurs feuillets qui peuvent ressembler au sac lui-même Ce tissu cellulaire est quelquefois chargé d'une graisse abondante qui lui donne l'aspect de l'épiploon. Un kyste peut souvent exister au-devant du sac; celui-ci est parfois très mince et adhère intimement à la peau et aux viscères herniés. Cette disposition a été souvent cause de la lésion de l'intestin. J'ai vu Dupuytren ouvrir largement l'intestin en croyant n'attaquer que le sac, dans un cas de hernie crurale sèche. La *Lancette française* rapporte un fait tout-à-fait semblable, également recueilli à la clinique de Dupuytren (t. I, p. 66, n° 17). L'hypertrophie des fascia sous-cutanés, l'organisation en feuillets du tissu cellulaire qui double le sac, l'état épiploïforme de ce tissu cellulaire embarrasseront l'opérateur peu exercé; mais celui qui aura souvent débridé des hernies ne sera point trompé par ces amas de graisse, par la disposition arrondie ou cylindroïde qu'ils pourront affecter. Il verra bien que le corps qu'il pourrait prendre pour les viscères herniés n'est point isolé de toutes parts; il se rappellera la teinte brune de l'intestin étranglé, la disposition différente des vaisseaux de l'intestin et de l'épiploon, et pourra ainsi éviter l'erreur. La présence d'un kyste ou d'un sac herniaire ancien oblitéré à son collet et rempli de sérosité au-devant de la hernie causera plus d'embarras. Le chirurgien pourra croire qu'il s'est trompé sur la nature de la tumeur, et que les accidents sont dus à un étranglement interne; mais, par un examen attentif, on arrivera ordinairement à la vérité; car le fond du kyste sera soulevé en une saillie présentant une convexité égale, de la rénitence, souvent de la fluctuation : alors, plus de doute; on

Digitized by Google

incisera, après l'avoir soulevée avec les pinces, la paroi postérieure du kyste, et on pénétrera dans le sac, avec toutes les précautions indiquées plus haut.

Si de larges et intimes adhérences confondent le sac et l'intestin dans le point correspondant à l'incision, la lésion de cet organe sera presque inévitable. Au reste, une incision simple et sans perte de substance de l'intestin est un accident moins fâcheux qu'on ne le croirait *à priori*. Elle n'est pas ordinairement suivie d'un anus contre nature, ni même souvent d'une fistule stercorale. L'intestin se vide par cette incision, qui se resserre ensuite peu à peu, et l'anse intestinale qu'on a été obligé de laisser dans le sac rentre peu à peu dans le ventre. La femme à qui Dupuytren avait, en ma présence, incisé involontairement l'intestin, guérit parfaitement dans l'espace de trois semaines. Sanson a vu avec Dupuytren une incision de huit centimètres, faite à l'intestin par un autre chirurgien, être guérie aussi en quelques semaines (1). On voit, d'après ce qui vient d'être dit, qu'il y n'a rien de puéril dans les précautions que l'on conseille de prendre pour l'incision des feuillets sous-cutanés et du sac; et on comprend ce qu'il faut penser du procédé de Louis, qui, après l'incision de la peau, pénétrait directement dans le sac, en plongeant dans la partie inférieure et latérale de la hernie une sonde cannelée pointue sur laquelle il portait le bistouri (2). Le seul avantage de ce procédé était d'abréger la durée d'un temps de l'opération qui n'est nullement douloureux. Ses inconvénients, on les comprendra, si on se rappelle combien sont fréquentes les hernies sèches, celles dans lesquelles les viscères herniés sont en contact immédiat avec le sac.

Après l'incision du sac, les viscères qu'il contient paraissent plus volumineux. On examine l'état de l'ouverture abdominale, pour reconnaître si la hernie ne pourra pas être réduite sans débridement. Si le doigt n'y pénètre pas avec facilité, si des tractions exercées sur les organes déplacés n'en attirent pas au dehors une plus grande quantité, le débridement est indispensable.

Troisième temps.— Débridement. Ce temps de l'opération consiste à agrandir, au moyen du bistouri ou d'un instrument qui le remplace, l'ouverture qui étreint le pédicule de la hernie. Il y a deux

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article HERNIE, tom. IX, pag. 492 et suiv.

(2) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, tom. IV, pag. 287.

Digitized by Google

méthodes de débridement : l'une consiste à faire, du côté où on craint le moins de rencontrer quelque vaisseau dont la lésion puisseêtre dangereuse, un seul débridement d'une étendue suffisante pour permettre la réduction. Dans l'autre, sans s'inquiéter trop de la situation des vaisseaux qui peuvent se trouver au voisinage de l'ouverture, on entame celle-ci sur deux, trois ou un plus grand nombre de points, ne donnant à chaque débridement qu'une très petite étendue ; c'est le débridement multiple, qui, sans contredit, avait été pratiqué dans bien des circonstances, mais que j'ai, le premier, érigé en méthode générale.

Pour opérer le débridement, on a imaginé un grand nombre d'instruments qui n'ont pas tous une grande valeur : aussi ne rappellerai-je que pour mémoire le bistouri caché de Bienaise, dont le lithotome du F. Côme n'est qu'une imitation, celui de Ledran (*Observations de chirurgie*, t. II, p. 21), qui, moins dangereux que le premier, mais plus compliqué, n'a peut-être jamais servi qu'à son inventeur ; la sonde ailée de Méry ; le bistouri ailé de M. Chaumas ; le bistouri boutonné de J.-L. Petit, dont le tranchant, fait à la lime, et mal affilé, ne pouvait diviser que les parties fortement tendues, tandis que les parties mobiles et flasques, telles que les vaisseaux et les intestins, dit J.-L. Petit, éludaient son action en se déplaçant devant lui. Les seuls instruments dont on se serve aujourd'hui sont la sonde cannelée ordinaire, que je remplace bien souvent par ma spatule cannelée ; le bistouri à extrémité mousse ou boutonnée. Quelques chirurgiens se servent encore du bistouri courbe boutonné, à lame étroite, tranchant sur sa concavité, de celui de Pott, et de celui d'A. Cooper, de même forme que le premier ; seulement il n'est tranchant que dans une étendue de quinze millimètres, sur son bord concave, à partir de dix ou douze millimètres de son extrémité, qui est mousse et arrondie. La fig. 65 représente l'instrument grandeur réelle ; la fig. 66 représente en petit l'instrument et la manière de le tenir et de le conduire au moment du débridement. Mais l'instrument le plus usité pour ce temps de l'opération est un bistouri droit boutonné, à lame étroite, que l'on dirige autant que possible sur le doigt indicateur gauche, et sur la sonde cannelée quand le doigt ne peut pas s'engager sous la bride. Il est des cas où cet instrument, qui est le plus simple, doit être préféré. Mais mettez-vous en présence d'une hernie crurale chez un sujet ayant de l'embonpoint, elle se trouve au fond d'une gouttière profonde. Il est impossible de suivre de l'œil la

Digitized by Google

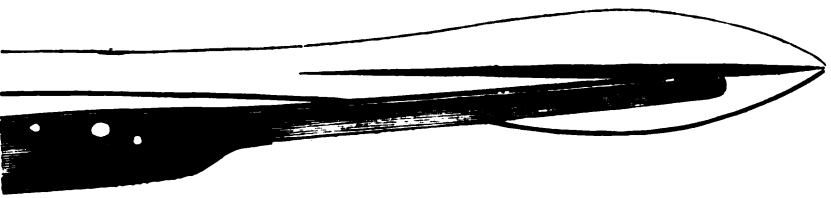
marche du bistouri : il faut alors un tout autre conducteur que le doigt, pour peu que l'anse intestinale soit considérable. Ma

Fig. 65

Fig. 66.

spatule est ici d'une grande utilité ; elle est faite sur le modèle de celle qu'on trouve dans toutes les trousses. Ainsi, je n'augmente pas le nombre des instruments : seulement, elle est droite et en argent. La feuille de myrte, au lieu de présenter un dos élevé et une espèce d'arête, présente, au contraire, sur la ligne médiane, une rainure et un peu d'enfoncement ; car les deux moitiés de cet instrument sont formées par deux plans qui s'inclinent vers la rainure. La spatule est aussi mince que possible, et ses bords ne sont nullement tranchants. Au lieu d'un bistouri boutonné, je me sers d'un bistouri coupé carrément à son extrémité. Le bout de la spatule est d'abord passé entre la partie herniée et l'anneau qui l'étrangle. La face qui porte la cannelure est tournée en haut ou regarde le point qu'on veut débrider; sur cette face, le bistouri est glissé à plat, de manière que son tranchant ne peut nullement agir. La spatule et le bistouri ne font alors qu'un instrument; ainsi réunis ils peuvent s'insinuer dans l'espace le plus étroit que puisse laisser

Fig. 67.



Digitized by Google

dessus de cet orifice, il peut être nécessaire, pour l'atteindre, d'inciser largement l'orifice inférieur et la paroi antérieure de ce canal. Ainsi, Dupuytren, Sanson, se sont vus obligés, dans des cas de ce genre, d'inciser la paroi antérieure du canal inguinal et la paroi du ventre jusqu'au niveau de la crête iliaque (1).

Le débridement doit, autant que possible, être dirigé vers un point où il ne se trouve pas à l'état normal des vaisseaux dont la lésion soit à craindre; mais on sait combien sont fréquentes les anomalies dans la situation et la direction des vaisseaux : aussi pourra-t-on souvent n'être pas sans crainte d'hémorrhagie, quand on sera obligé de dilater largement l'ouverture abdominale. On atteindra le but sans jamais s'exposer à cet accident, si, au lieu de faire une seule incision à l'ouverture herniaire, on y pratique trois, quatre ou un plus grand nombre de débridements, de 2 ou 3 millimètres. A plus forte raison devra-t-on avoir recours à ce mode de débridement dans des cas où des adhérences existant entre le collet du sac et les viscères obligeront de débrider sur des points de l'ouverture abdominale qui se trouvent ordinairement en rapport avec des vaisseaux de quelque importance. Dès 1828, j'ai érigé en méthode le débridement multiple (2). Voici l'historique et la description de cette méthode:

Mes premiers essais datent de 1825, quand j'étais interne à Marseille. Ceux qui savent quelles étaient les ressources littéraires qu'on possédait alors à l'École de médecine de cette ville, et l'érudition qu'on pouvait y puiser, sauront apprécier ce qu'on a dit de ma connaissance des auteurs allemands et italiens, quand j'ai fait les premières recherches sur le débridement; le désir peu national de m'enlever une découverte pour la faire passer à l'étranger m'a fait accorder des talents dans les langues que j'étais loin de me soupçonner. Il est d'ailleurs arrivé pour le *débridement multiple* ce qui arrive toujours pour des découvertes utiles. Il est des hommes de bonne foi et d'un grand mérite qui l'ont adopté et qui ont eu la générosité d'en faire honneur à qui de droit. Il en est qui s'en sont servis en citant le nom de la méthode, et en taisant celui de l'auteur. D'autres l'ont employé silencieusement. Il en est

(1) Sanson, article HERNIE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tom. IX, pag. 492 et suiv.

(2) *Thèse inaugurale.*

Digitized by Google

enfin (mais ceux-là sont rares) qui ne l'ont pas adopté ou qui l'ont dédaigné (1). Tout cela est parfaitement conforme aux habitudes humaines.

A ceux qui voudraient discuter la question de priorité, je conseillerai la lecture de mon Mémoire dans la *Gazette médicale*, et je les mettrai fort à leur aise en leur disant ici que j'ai la conviction qu'on a fait des débridements multiples avant moi; mais je leur demanderai de me dire si, avant moi, il existait une loi en chirurgie qui portât ce nom. On saura que cette loi ne règle pas seulement l'opération de la hernie, elle se reproduira pour la taille : j'en ai parlé pour le débridement des plaies d'armes à feu, et il en sera encore question pour le débridement du col de la matrice, etc. D'ailleurs, voici l'exposé de mes principes, tel qu'il a été rédigé à l'origine du débridement multiple :

Si on veut voir le génie des chirurgiens en défaut, on n'a qu'à examiner toutes les méthodes, tous les procédés inventés pour dilater, agrandir les ouvertures qui livrent passage aux hernies. Leblanc veut atteindre ce but en introduisant un instrument déjà assez volumineux, et cela dans un canal rempli par un organe étranglé; il augmente l'étranglement, il dilacère l'intestin, sans agrandir l'ouverture aponévrotique; de tout côté on crie au danger de l'innovation; Louis accable le chirurgien d'Orléans de raisonnements, de faits et de personnalités. Leblanc répond par des injures, et il dilate toujours. Pour la hernie inguinale, Rudtorffer, ne voulant pas débrider directement en haut, porte le tranchant du bistouri en dedans et en haut. Mais on prouve que l'artère épigastrique est portée en dedans du collet du sac, et que ce procédé expose à l'hémorrhagie. On le proscrit et on prend une voie tout opposée : on débride en haut et en dehors. Vient Hesselbach, qui prouve que ce débridement est excessivement dangereux, dans le cas de hernie directe, c'est-à-dire quand le collet du sac se trouve

(1) J'ai eu la satisfaction de voir souvent opérer le débridement multiple dans les hôpitaux de Paris, et j'apprends tous les jours qu'il se propage dans les départements. M. Goyrand en fait la base de sa pratique. M. Roland, de Toulouse, l'a appliqué à la taille dans deux cas extrêmement graves; deux succès sont venus prouver son talent pour apprécier et exécuter les nouvelles méthodes. Enfin M. Jules Roux, chirurgien de la marine des plus distingués, aujourd'hui professeur, vient d'appliquer encore cette méthode à la taille. Je ferai connaître ces faits quand j'en serai à la lithotomie.

Digitized by Google

au côté interne de l'artère épigastrique; et comme il n'est pas possible de prévoir cette disposition, Scarpa et Dupuytren ordonnent de toujours débrider directement en haut, selon la direction de la ligne blanche. D'ailleurs Autenrieth avait déjà présenté cette doctrine dans une dissertation remarquable, publiée en 1799. On verra bientôt que ce procédé a un inconvénient.

Cependant, quelle sera la direction à donner au débridement? Voilà où je voulais en venir. Pour parvenir à la solution la plus juste de cette question, interrogez tous les auteurs que j'ai cités; demandez-leur compte de leurs succès, de leurs revers. Vous remarquerez que presque tous ont un procédé différent, et cependant tous vous répondront par des arguments, par des faits, que celui qu'ils adoptent est le meilleur, le plus sûr, et que les autres sont dangereux. Mais examinez par vous-même, si vous le pouvez; voyez mettre à exécution ces diverses modifications opératoires. Il en résultera pour vous cette grande vérité : que toutes sont bonnes, mais jusqu'à un certain point; c'est-à-dire que le débridement, de quelque côté qu'on le porte, s'il est peu considérable, n'atteindra pas les artères qui entourent les ouvertures par lesquelles les viscères de l'abdomen s'échappent.

L'artère épigastrique, qu'elle soit en dedans ou en dehors du sac herniaire, sera toujours à une distance telle de l'anneau inguinal, qu'un léger débridement sera possible, dans le sens même où elle se trouve. Cette artère, par une anomalie qui n'est pas sans exemple, donne l'artère obturatrice à une grande hauteur; cette branche peut passer au-dessus de l'*anneau;* cependant vous pourrez toujours débrider directement en haut, selon la méthode d'Autenrieth, suivie par Dupuytren et Scarpa; mais vous ne pourrez pas prolonger ce débridement sans danger. Il en est de même pour la hernie crurale. En dehors, l'artère épigastrique; en haut, le cordon testiculaire; en dedans, l'artère obturatrice, quand elle naît de l'épigastrique: voilà des écueils à éviter, et qui vous feront échouer, quel que soit le procédé de votre choix, si vous vous bornez à une incision et si vous la prolongez.

Maintenant, comme il est constant que dans certains cas l'élargissement des anneaux aponévrotiques doit être assez considérable pour faire rentrer des hernies volumineuses, sans trop malaxer les organes déplacés, on doit en venir à une méthode qui se présente naturellement à l'esprit du lecteur. Cette méthode n'est qu'une com-

Digitized by Google

binaison de tous les procédés de débridement. Percy a dit que l'ouverture fibreuse qui étrangle des organes échappés de leur cavité ressemble à celle d'un sac avec l'ourlet. Eh bien ! supposez qu'on vous ordonne de faire entrer dans ce sac des corps qui sont trop volumineux pour son ouverture, vous serez naturellement porté à faire une incision à l'ourlet. Mais si on vous oblige de ne pas dépasser cette bordure et de produire un élargissement considérable, quel parti prendrez-vous? Vous ferez d'autres incisions dans d'autres sens, et vous ferez entrer et sortir du sac des corps qui n'étaient pas en rapport avec son orifice avant les coupures. Un simple ouvrier sait cela; nous, chirurgiens, nous devons le savoir aussi, mais nous l'oublions quand nous sommes auprès du malade. Pourquoi? parce que nous ne voyons jamais qu'une seule voie, et parfois précisément celle qui nous perd.

Ainsi, débridons en dehors, en dedans, en haut; faisons en même temps comme Desault, Rudtoffer et comme Autenrieth, mais n'allons pas aussi loin qu'eux. Touchons tous les points du cercle, mais n'en sortons pas. J'ai vu, dans un grand hôpital de la capitale, faire l'opération de la hernie en présence d'un chirurgien étranger d'une grande réputation, et en présence d'une foule d'élèves. L'opérateur découvre les organes herniés (la hernie était inguinale et volumineuse). Ce temps de l'opération fut exécuté avec une prestesse et une habileté qui ravirent même l'illustre étranger. Mais il fallait débrider (j'ai dit que la hernie était volumineuse); l'incision fut dirigée en haut et un peu en dehors. Ce premier coup de bistouri ne suffisait pas; la réduction des parties ne put s'exécuter: le pourtour de l'anneau inguinal bridait encore l'intestin; on en vint à un nouveau débridement, et on le fit *dans le même sens*, toujours en haut et un peu en dehors. Le malade mourut, et on trouva dans la cavité du péritoine une grande quantité de sang liquide et en caillots. L'étranger demanda la pièce pathologique; elle se composait d'une partie de la région inguinale et d'une partie des organes qui formaient la hernie. L'opérateur, comme toujours, fut généreux : il fit très bien préparer la pièce, et la fit parvenir au domicile de son confrère, qui probablement montra plus tard aux chirurgiens de son pays ce que nous n'avons pu voir, c'est-à-dire la lésion de l'artère épigastrique. Je pourrais multiplier les exemples de cette nature; je pourrais donner deux observations recueillies dans les salles de la Charité. Dans les deux cas dont je

Digitized by Google

veux parler, c'est Boyer qui opéra. Mais ce praticien reconnut sur le coup l'accident, et il arrêta les hémorrhagies par un tamponnement forcé. Chose remarquable, il ne se déclara aucun symptôme de péritonite générale. Les deux malades sont sortis de l'hôpital en parfaite santé. On pourrait être moins heureux que Boyer et ses malades après un pareil accident, et c'est dans le plus grand nombre des cas. Ainsi, qu'on ne dise pas que les craintes de la lésion des artères sont chimériques.

Si des adhérences anciennes confondent entièrement l'intestin et l'intérieur du collet du sac, il est impossible de glisser l'instrument conducteur ou le bouton du bistouri entre ces parties. C'est alors qu'Arnaud conseillait d'inciser l'intestin au-dessous de l'étranglement, et de débrider par l'intérieur de cet organe. En procédant ainsi, on ne pourrait pas opérer un grand débridement sans s'exposer à dépasser les limites des adhérences de l'organe avec le col du sac, et à voir les matières contenues dans l'intestin s'épancher dans le ventre. Le débridement multiple s'appliquerait bien à ce cas, comme l'a dit Sanson; mais, avant d'en venir à ce débridement par l'intérieur de l'intestin, il faudrait s'assurer si on ne pourrait pas lever l'étranglement par la section des brides fibreuses extérieures au collet du sac, et si on ne parvenait pas à lever ainsi l'étranglement, chercher à inciser le collet lui-même de dehors en dedans jusqu'à l'intestin, après l'avoir bien mis à découvert.

Quatrième temps. — Réduction. Quand la hernie a été mise à découvert par l'incision de ses enveloppes, on relève et on renverse en haut l'épiploon qui recouvre ordinairement l'intestin, et quelquefois l'enveloppe. Si ces viscères, libres d'adhérences, n'ont subi aucune altération grave, on les réduit immédiatement, en commençant par l'intestin. S'ils ont subi quelque altération, l'indication variera suivant l'organe altéré et la nature de sa lésion. Étudions la conduite que devra tenir le chirurgien, d'abord dans la hernie intestinale, puis dans celle de l'épiploon.

Dans les cas de *hernie intestinale*, on exerce d'abord quelques tractions sur l'anse de l'intestin, pour amener au dehors le point qui supportait l'étranglement, et les parties continues aux deux bouts de l'anse herniée. On voit ainsi les effets de la constriction supportée par l'intestin. Cette manœuvre a de plus pour effet d'agrandir l'espace qu'occupent les gaz et les matières contenues dans l'anse intestinale déplacée, dont la tension est ainsi diminuée.

Digitized by Google

Si l'étranglement est récent, après qu'on a débridé et attiré au dehors un peu plus d'intestin, la teinte brune que présentait celui-ci s'affaiblit; mais il n'en est point ainsi quand l'étranglement existe depuis plusieurs jours. Alors, pourvu que l'intestin soit bien rénitent dans toute son étendue, ne soit pas emphysémateux, ne présente aucune tache cendrée ou ardoisée, ne soit ni ulcéré profondément, ni trop rétréci dans le point qui supportait la constriction, bien qu'il ait une teinte d'un brun chocolat, quelle que soit la couleur de la sérosité du sac, il faut réduire l'intestin, après l'avoir vidé aussi bien que possible des gaz et des matières qu'il renferme, en le comprimant dans la paume des mains, de manière à faire repasser ces matières dans le ventre (Dupuytren), et avoir essuyé le sang qui souillait sa surface. Pour réduire la hernie, on donne au malade une position propre à relâcher l'ouverture abdominale. Si l'anse intestinale est petite, on la saisit avec les trois premiers doigts; après l'avoir vidée par quelques pressions, on la repousse dans l'ouverture herniaire, et l'index l'accompagne jusque dans la cavité du ventre. Si on a à réduire une anse volumineuse, on fixe l'un des bouts près l'ouverture abdominale avec les trois premiers doigts de la main gauche, et, avec la droite, on saisit de la même manière, vers sa partie supérieure, l'autre bout, qu'on repousse dans le ventre, où l'index l'accompagne. Quand on a fait rentrer ainsi une portion de l'intestin, on saisit et on réduit de même celle qui est au-dessous, et la réduction s'opère ainsi portion par portion, en commençant par les parties les plus voisines de l'anneau, jusqu'à ce qu'il ne reste plus au dehors qu'une petite anse globuleuse qui puisse être repoussée en bloc. Si l'un des bouts est en avant, c'est celui-là qu'on fixe avec la main gauche. On commence la réduction par le bout postérieur, parce que celui-ci glisse mieux sur la paroi postérieure du sac, qui est intacte. Au reste, on ne peut pas établir à cet égard de règle fixe. Pendant qu'on réduit l'intestin, on a soin de relever l'épiploon de manière qu'il ne soit pas refoulé en même temps vers le ventre.

Voilà ce que doit faire le chirurgien dans les cas de hernie intestinale sans complication. Mais il n'en sera plus de même si l'intestin est adhérent, s'il est resserré à tel point qu'on ne puisse pas compter sur le rétablissement de son calibre, s'il est ulcéré, perforé, gangrené.

Quand les différentes parties de l'intestin sont collées entre elles

Digitized by Google

ou au sac par des adhérences récentes de la lymphe coagulée, on détruit ces adhérences avec le doigt, et on réduit. Rien de plus simple encore, rien de plus facile que la section des brides celluleuses qui établissent quelquefois ces adhérences; mais il n'en est plus ainsi quand des adhérences anciennes ont confondu les tissus qu'elles unissent. Si ces adhérences existent seulement entre les deux côtés de l'anse intestinale, qui est du reste libre dans le sac, on réduit sans s'en occuper; si elles confondent l'intestin et l'épiploon, on excise ce repli du péritoine. Si c'est au sac que l'intestin adhère, on détruira ces adhérences par la dissection, en tournant le tranchant du bistouri contre le sac, et non vers l'intestin. Il n'y a aucun inconvénient à ce que des lambeaux du sac soient réduits avec l'intestin (1). Si on a à détruire des adhérences solides entre l'intestin et l'orifice du sac, on rencontrera souvent les plus grandes difficultés. On devra, dans ce cas, commencer par mettre ces adhérences à découvert, en incisant largement l'ouverture abdominale et attirant le col du sac au dehors par des tractions exercées sur les bords de l'incision de cette poche. Pott ne conçoit pas des adhérences qui puissent rendre la réduction impossible. Suivant ce chirurgien, on peut toujours les détruire. Dans certains cas, dit-il, on n'y parviendra que par une dissection longue et difficile; mais on en viendra toujours à bout. Si on laissait l'anse intestinale au dehors, la plaie serait fort douloureuse et difficile à traiter; à chaque effort, à chaque mouvement fait sans précaution, on verrait sortir de nouvelles portions d'intestin (Pott, t. I, p. 370). Je ne saurais partager entièrement l'opinion du chirurgien anglais. Pott a exagéré les inconvénients d'une anse intestinale laissée au dehors, et n'a pas dit tout ce que peut présenter, dans certains cas, de difficultés et de danger la dissection des adhérences intimes de l'intestin avec le sac. Si ces adhérences ne sont pas trop étendues, si elles sont en entier sous les yeux du chirurgien, si on peut détacher les portions adhérentes du sac sans s'exposer à léser des organes qu'il faut ménager (le cordon spermatique dans la hernie inguinale), on doit suivre le conseil de Pott. Dans les autres cas, il sera mieux de laisser l'intestin au dehors; mais il faut alors débrider très largement, afin que le cours des matières puisse se rétablir dans l'anse intestinale herniée. Si cette anse intestinale est d'un petit volume,

(1) Pott, *Œuvres chirurgicales*, t. I, p. 368.

Digitized by Google

elle rentre peu à peu avec le sac, attirée par les contractions des intestins, par la rétraction du mésentère, et, quand la plaie est cicatrisée, il n'y a plus de hernie. Si l'intestin adhérent forme une grande masse, il ne rentrera pas en entier. Il contractera des adhérences avec la peau, dont on aura eu soin de le recouvrir, et si les bords de l'incision de la peau s'écartent, une cicatrice se formera sur l'intestin. Vacher a vu une cicatrice s'établir ainsi sur une hernie intestinale du volume d'une tête d'adulte. Les circonvolutions, fortement soudées ensemble, se reconnaissaient très bien à travers la cicatrice (1).

Si l'intestin a subi une altération grave, voici quelle devra être la conduite du chirurgien : l'organe présente-t-il un aspect qui fasse soupçonner la gangrène, ou une altération telle qu'il y ait lieu de craindre que la circulation ne puisse s'y rétablir? on peut avec le bistouri entamer l'intestin dans une très petite étendue et très superficiellement, dans le point qui paraît le plus altéré. Si la circulation s'y fait encore avec quelque activité, une grosse goutte de sang se forme de suite sur la petite blessure; si, au contraire, l'intestin est gangrené, la surface de la petite blessure reste sèche. Dans le premier cas, on réduit; dans le second, on s'en abstient. Dans le doute, on réduit; mais on laisse l'anse intestinale vis-à-vis l'orifice du sac. De cette manière, si, après quelques jours, des escarres se détachent, les matières fécales prennent cours par l'ouverture abdominale.

L'intestin présente une petite perforation : que faire? M. Velpeau a réduit une anse intestinale présentant trois petites perforations avec renversement de la muqueuse en dehors; il n'est survenu aucun accident (séance de l'Académie de méd., du 22 avril 1833). Dans des cas de ce genre, A. Cooper a saisi et soulevé avec une pince à disséquer les lèvres de la petite perforation, qu'il a fermée au moyen d'une ligature en soie déliée comprenant tout le champ de la petite blessure, et a ensuite replacé l'intestin dans le ventre. Le succès a été complet (pag. 254). Enfin, M. J. Cloquet, ayant fait à l'intestin une blessure longitudinale pendant le débridement, en a réuni les bords par la suture, pratiquée suivant la méthode de M. Jobert (voyez *Plaies des intestins*), a ensuite réduit l'intestin, et a également réussi. Ces trois procédés sont applicables à des cas dif-

(1) ***Mém. de l'Acad. de chir.***, t. III, p. 515.

Digitized by Google

férents. La perforation est-elle très petite et presque entièrement bouchée par la muqueuse renversée? réduisez sans vous en inquiéter. Est-elle un peu plus large, et craignez-vous qu'elle puisse donner issue à quelques matières? obturez-la par le procédé de A. Cooper. Avez-vous enfin affaire à une blessure plus étendue, produite par le bistouri? faites l'entéroraphie; et dans les trois cas, replacez l'intestin dans le ventre. (Voyez l'article *Plaies des intestins.*)

Existe-t-il une seule escarre peu étendue? réduisez et laissez la partie altérée de l'intestin à l'orifice du sac. A la chute de l'escarre, les matières contenues dans l'intestin s'écouleront ordinairement par la plaie, ou si toutes les parties qui entourent l'escarre ont contracté des adhérences solides avec les parties contiguës, la partie morte pourra tomber dans l'intestin et être éliminée par cette voie.

Enfin, si l'intestin est largement perforé, si toute l'anse est frappée de gangrène, la réduction serait mortelle. Il faut alors débrider, inciser largement l'intestin sur sa convexité, exciser au moins en partie les escarres de l'épiploon, et attendre le résultat des efforts de la nature médicatrice. Telle est la pratique la plus usitée aujourd'hui; cependant tous les chirurgiens ne se comportent pas exactement de la même manière dans cette occurrence. Ainsi, Louis considérait le débridement comme inutile et dangereux dans les cas de gangrène; inutile, parce que, les parties herniées étant frappées de mort, il n'y avait plus d'étranglement; dangereux, parce qu'on ne peut pas débrider sans détruire, au moins en partie, les adhérences qui unissent l'intestin au collet du sac. Travers et Lawrence ont adopté, sur ce point, l'opinion de Louis. Quelquefois, dans un étranglement, le col du sac et le pourtour de l'ouverture abdominale sont frappés de gangrène avec les organes herniés. Alors, sans qu'on débride, l'intestin se vide par l'ouverture qu'on pratique à l'anse mortifiée : c'est ce qui arriva à un malade de J.-L. Petit (403); mais souvent il n'en est point ainsi, et si on ne débridait pas, les matières retenues dans le bout supérieur continueraient de le distendre et de l'irriter. Le cathétérisme de ce bout supérieur, pratiqué avec une sonde de femme ou une sonde de gomme élastique, ferait cesser, il est vrai, cette distension; mais il faudrait laisser la sonde à demeure, ou l'introduire à plusieurs reprises : or, il n'est pas sans inconvénient de laisser ce corps étranger dans l'intestin; le cathétérisme présente quelquefois des difficultés; la sonde peut détruire

Digitized by Google

les adhérences de l'intestin avec le col du sac et la partie voisine du péritoine. Un débridement convenable rend le cathétérisme inutile, et arrête les progrès de la gangrène dans la hernie, si celle-ci n'est pas entièrement sphacélée. Mais ce débridement doit être pratiqué avec beaucoup de précision, en ménageant autant que possible des adhérences de l'intestin. Dans ce but, Dupuytren débridait par l'intérieur de l'intestin, comme faisait Arnaud quand il supposait des adhérences solides entre l'intestin et le collet du sac. Dans un cas de gangrène, pour ménager les adhérences, j'ai débridé en dehors du sac, comme le fait toujours A. Cooper, et je m'en suis si bien trouvé, que je conseille de débrider ainsi, en pareils cas, toutes les fois que l'étranglement ne sera pas produit par le col du sac.

Les anciens chirurgiens extirpaient l'anse intestinale gangrenée. On a renoncé à cette pratique. La présence de l'intestin sphacélé dans le sac ne saurait nuire, et en l'extirpant, on détruit des adhérences salutaires, et on s'expose à enlever des portions de l'anse qui n'étaient pas entièrement gangrenées, et qui auraient pu revenir complétement à la vie.

Si on rencontrait un intestin oblitéré (Ritsch), ou tellement rétréci qu'on ne pût plus compter sur le rétablissement de son calibre, il faudrait exciser l'anse au-dessus du rétrécissement.

Quand on a excisé l'intestin et détruit ses adhérences au collet du sac, il faut en fixer les deux bouts dehors, au moyen de fils passés dans le mésentère, à l'endroit où ce repli du péritoine s'unit à l'intestin (Lapeyronie, Pott). Si on négligeait cette précaution, l'intestin pourrait rentrer brusquement, d'où un épanchement mortel; mais dans un temps très court les bouts de l'intestin contractent avec le col du sac des adhérences qui suffisent pour prévenir un pareil accident; les fils peuvent être retirés après vingt-quatre heures. Quand les adhérences de l'intestin au collet du sac ont été respectées, les fils sont inutiles. Dans ce cas, l'intestin rentre lentement, entraînant avec lui le collet du sac auquel il adhère, et cette rétrocession lente, loin d'être dangereuse, est au contraire, ainsi que l'a démontré Scarpa, le moyen que la nature emploie pour guérir l'anus anormal; elle doit être favorisée de toutes les manières : or, le fil ne pourrait que la contrarier. Quand l'intestin a été ouvert et laissé au dehors, les mouvements brusques, le renversement du tronc en arrière pourraient bien le décoller et le retirer dans l'abdomen; il faut donc que, pendant quelques jours, le malade reste immobile,

Digitized by Google

couché sur le dos, la tête et la poitrine légèrement soulevés par des oreillers, les membres abdominaux en demi-flexion.

On ne doit plus parler que pour mémoire de la méthode de Littre, qui établit un anus contre nature incurable. Nous avons dit ailleurs notre avis sur la méthode de Ramdhor (Voyez *Plaies des intestins*). Les ingénieux procédés d'entéroraphie de MM. Jobert, Lembert, Denans, ne sont guère applicables aux hernies avec gangrène, dans lesquelles les bouts de l'intestin qu'il faudrait affronter sont toujours enflammés d'une manière plus ou moins grave.

Voyons ce qui a trait à la réduction de l'*épiploon :* autrefois, on ne réduisait jamais l'épiploon, quel que fût l'état où on le trouvait; on l'étreignait à sa partie supérieure au moyen d'une ligature fortement serrée, et on l'excisait au-dessous du fil. Mareschal fit brèche à ce principe peu rationnel et dangereux. Ce praticien réduisit plusieurs fois l'épiploon, sans provoquer le moindre accident (1). Depuis, on a réduit l'épiploon toutes les fois qu'on l'a trouvé sain et libre. Cette réduction s'opère en le repoussant avec le bout des deux doigts indicateurs. On réduit d'abord les parties de la masse épiploïque qui sont le plus près de l'ouverture abdominale, et on continue ainsi jusqu'à ce que tout soit rendu à la cavité abdominale. La réduction de l'épiploon doit se faire avec beaucoup de ménagement, car ce tissu délicat se laisserait facilement déchirer par les doigts, et les contusions, les déchirures pourraient provoquer une inflammation dangereuse.

Si l'épiploon adhère au sac par quelques brides celluleuses, on coupe ces brides et on réduit; mais s'il est confondu avec le sac par une grande partie de sa surface, s'il a subi quelque grave altération de texture, s'il s'est transformé en une masse solide qui ne puisse être réduite sans un très grand débridement, s'il est gangrené, que fera-t-on? S'il existe de larges adhérences, Pott veut qu'on les détruise, et qu'on procède à la réduction, après avoir retranché, s'il le faut, une partie de ce repli péritonéal (t. I, pag. 368). A. Cooper donne le même conseil (page 253); mais la plupart des praticiens préfèrent, dans ce cas, laisser l'épiploon dans le sac. S'il est engorgé, transformé en une masse cylindrique ou arrondie; si, en un mot, il a perdu son état membraneux, pourvu qu'il conserve sa nature adipeuse, qu'il n'ait pas subi de dégénérescen-

(1) Verdier, *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. III, p. 78.

Digitized by Google

ces, on pourra le réduire, à moins que cette réduction ne nécessite un trop grand débridement. Mais s'il forme une masse trop volumineuse, s'il s'est développé dans l'épiploon des hydatides, s'il a subi la dégénérescence squirrheuse ou encéphaloïde, s'il est fortement ecchymosé ou gangrené, on ne le réduira pas. On conçoit tout ce qu'entraînerait de danger la réduction de l'épiploon gangrené : une péritonite mortelle en serait la conséquence presque inévitable. A. Cooper a vu une grande escarre de l'épiploon éliminée du ventre, où elle avait été replacée ; ce fait est assez remarquable pour que j'en rappelle ici les principales circonstances : « Seize jours après l'opération, le malade semblait mourant ; le lendemain, une portion de l'épiploon gangrené se présente à la plaie, et toute la portion de l'épiploon qui se trouvait dans la plaie est graduellement éliminée ; dans l'espace de sept jours, le malade se rétablit parfaitement (A. Cooper, pag. 253). Mais à ce fait tout-à-fait exceptionnel on pourrait en opposer cent qui prouvent que la réduction de l'épiploon gangrené a donné lieu à une péritonite mortelle.

Dans les cas où l'épiploon ne doit pas être réduit, qu'en fera-t-on?

Autrefois, ai-je dit, on le liait en masse, on l'excisait au-dessous de la ligature, et on retenait à la partie supérieure du sac le point étranglé par le fil. Cette méthode est très ancienne ; elle était connue de Galien. Le fil a été placé par les uns sur l'escarre de l'épiploon (Fabrice d'Aquapendente), par le plus grand nombre sur sa partie saine, au-dessus de cette escarre. Mais, appliquée sur l'escarre, la ligature ne pouvait être d'aucune utilité ; sur la partie saine, la raison dit qu'après l'opération, reste un étranglement de l'épiploon, et des faits nombreux, observés par les chirurgiens du siècle passé, firent généralement abandonner cette pratique. Pouteau, Verdier, Pipelet, Pott, virent survenir à la suite de la ligature de l'épiploon des accidents inflammatoires auxquels les malades succombèrent dans l'espace de trente-six heures à quatre jours. D'autres fois, les accidents d'étranglement, persistant après l'opération, cessèrent dès qu'on eut enlevé la ligature (J.-L. Petit, Dupont). Louis et Pipelet pratiquèrent sur des chiens de nombreuses expériences qui prouvèrent le danger de la ligature. Dans quelques cas ils laissèrent pendre l'épiploon dans la plaie, sans le lier ; d'autres fois, ils le frottèrent rudement et le réduisirent ensuite ; d'autres fois enfin ils posèrent une ligature sur l'épiploon, qu'ils replacèrent dans le ventre après l'avoir coupé sous le fil. Dans tous

Digitized by Google

les cas, ils trouvèrent, après la guérison de la plaie, l'épiploon adhérent à la cicatrice; mais, dans les deux premiers cas, ce repli du péritoine était parfaitement sain, et dans le dernier il y eut constamment un abcès dans l'épiploon au-dessus de la ligature (1).

Moreau crut prévenir les accidents de la ligature en ne l'appliquant qu'après que l'inflammation de l'épiploon s'était dissipée, et la serrant peu à peu, de manière à n'arriver que dans l'espace de quelques jours à une constriction complète. Hey et Scarpa ont adopté cette constriction graduelle; mais l'un applique la ligature au moment de l'opération, et l'autre ne commence à la serrer que quand l'épiploon s'est couvert de bourgeons charnus. Ces modifications n'ont pas fait de la ligature une opération rationnelle. L'ancienne Académie de chirurgie condamna cette méthode; Pott la rejeta dans tous les cas; A. Cooper ne conçoit pas le crédit dont elle a joui. « La ligature, dit-il, substitue à l'étranglement qu'on détruit, un étranglement plus fort. » Ce praticien croit que dans les cas où la ligature n'a fait naître aucun accident, elle avait été appliquée sur des parties gangrenées de l'épiploon (A. Cooper, p. 252). Mais il y a, on peut le dire, de l'exagération dans cette opinion de A. Cooper. M. Velpeau a étranglé l'épiploon avec une ou plusieurs ligatures, suivant son volume, et la plupart de ses malades ont, dit-il, guéri sans accident (2). M. Goyrand, qui rejette la ligature dans les cas ordinaires, a cru pouvoir l'appliquer dans un cas où l'épiploon avait perdu son état membraneux, et s'était transformé en un cordon cylindrique graisseux de la grosseur du doigt; son malade a très bien guéri (*Presse médicale*). La ligature, très facile à exécuter, prévient à coup sûr l'hémorrhagie; mais ce ne sont pas là des motifs pour l'adopter, si elle peut faire naître des accidents; car il y a d'autres moyens de prévenir l'hémorrhagie, qui sont, il est vrai, d'une application moins facile, mais qui ne sont pas moins sûrs.

Pouteau, qui fut l'un des premiers à rejeter la ligature de l'épiploon, laissa cet organe dans la plaie. Pipelet adopta cette pratique, que quelques chirurgiens suivent encore, et que je préfère moi-même à l'excision. J'ai plusieurs fois suivi cette conduite en opérant à l'hôpital de la Pitié et à Necker : j'ai toujours réussi. Je dois dire cependant que dernièrement j'ai perdu un de mes malades.

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. III, p. 403.

(2) *Médecine opératoire*, 2e édition, Paris, 1839, t. IV, p. 110.

Digitized by Google

C'était un jeune homme qui se décida à l'opération quand déjà l'épiploon commençait à être enflammé. C'est ce sujet qui m'a offert la phlébite de l'épiploon dont j'ai parlé il y a peu de temps. L'épiploon laissé dehors contracte des adhérences avec les téguments dont on les recouvre, s'il n'est pas altéré d'une manière grave. Si cette adhésion n'a pas lieu, les parties mortifiées du repli péritonéal s'exfolient, le reste se couvre de bourgeons charnus, se dégorge peu à peu, et rentre en partie; ce qui reste à l'extérieur se confond avec les débris du sac, les téguments et la cicatrice, et peut ensuite dans quelques cas, mais rarement, je crois, former dans l'ouverture abdominale un bouchon organique qui peut pendant un certain temps prévenir la reproduction de la hernie.

La plupart des chirurgiens, craignant l'inflammation que pourrait faire naître dans l'épiploon le contact de l'air et des pièces de pansement, préfèrent exciser le repli péritonéal, dans les cas où ils ne peuvent pas le réduire. L'excision fut d'abord employée dans les cas de gangrène de l'épiploon. Celse retranchait avec des ciseaux les parties altérées de l'épiploon, et réduisait le reste. Presque tous ceux qui excisèrent l'épiploon gangrené sans le lier, craignant l'hémorrhagie, le coupèrent au-dessous de la ligne de séparation entre l'escarre et la partie vivante. Scarpa se comportait ainsi, et disait n'avoir jamais eu à s'en repentir. Pott ne rejeta pas ce mode de rescision (t. I, p. 337). Mais en faisant ainsi, si on réduisait l'épiploon après l'excision, on introduisait dans le péritoine une escarre qui pouvait l'enflammer; et si on laissait cette escarre au dehors, quel avantage présentait l'excision? L'élimination était-elle plus prompte et plus facile que n'eût été celle de toute la masse épiploïque mortifiée? Non, sans doute. On ne peut admettre ce mode de rescision que comme un moyen de diminuer le volume de l'escarre qu'on laisse dans la plaie, quand quelque autre circonstance s'oppose à ce qu'on réduise; mais on conçoit combien peu cette rescision a d'importance en pareil cas. Caqué (de Reims) reconnut les vices de ce mode de rescision, et coupa dans la partie saine. Ce chirurgien opéra neuf fois de cette manière, et réduisit dans tous les cas l'épiploon, sans jamais lier un vaisseau. Il ne survint aucune hémorrhagie. Caqué a eu des imitateurs; mais tous n'ont pas été aussi heureux que lui : plus d'un malade traité de cette manière a péri d'hémorrhagie.

Digitized by Google

Le procédé le plus usité aujourd'hui parmi nous est celui de Pelletan et de Boyer, qui consiste à déployer complétement l'épiploon à l'endroit où on veut l'exciser, et à le couper à petits coups de ciseaux, d'un bord à l'autre, en liant ou tordant les vaisseaux à mesure qu'on les ouvre. Si l'épiploon forme un cordon cylindrique qu'on ne puisse pas déplisser, on le coupe d'un seul coup, et on tord ou on lie, l'un après l'autre, tous les vaisseaux qui donnent du sang à la surface de la section; ils y sont ordinairement en petit nombre et d'un moindre calibre que dans l'épiploon à l'état normal. En procédant ainsi, quelquefois on n'a pas un vaisseau à lier; d'autres fois on en trouve un grand nombre. Après la rescision, si on n'a pas eu de vaisseaux à lier, on réduit ce qui reste de l'épiploon; mais si on a appliqué plusieurs ligatures, il ne serait pas prudent d'introduire ces fils dans le ventre, même avec la certitude de ne pas les perdre dans cette cavité, en retenant leurs chefs au dehors. Ils pourraient irriter la membrane séreuse. Il vaut mieux alors, je crois, retenir la section de l'épiploon à l'ouverture abdominale. La torsion serait ici préférable à la ligature, si elle était aussi sûre.

Franco, qui, le premier, débrida la hernie étranglée, mettait le sac à découvert, et, sans ouvrir cette poche, sans débrider l'ouverture abdominale, repoussait les viscères dans l'abdomen, en agissant immédiatement sur le sac. S'il ne pouvait ainsi parvenir à réduire, Franco incisait l'enveloppe péritonéale et l'ouverture de l'abdomen. Son opération alors ne différait plus de celle qu'on pratique aujourd'hui. Le chirurgien provençal employait comme conducteur une grossière sonde de bois. L'opération de Franco fut décrite et conseillée par A. Paré (1). Ledran adopta l'opération de la hernie sans ouverture du sac, et la croyait applicable, surtout aux hernies récentes; mais ce chirurgien débridait l'ouverture abdominale en dehors du sac, se servait, au lieu de la sonde de bois, d'une sonde cannelée; en un mot, il pratiquait cette opération comme ceux qui de nos jours suivent cette méthode. J.-L. Petit prêta à cette méthode opératoire l'appui de son nom, la soutint avec chaleur et la crut applicable à tous les cas où il n'existait ni gangrène, ni adhérence, ni corps étrangers dans l'intestin. Il ne voyait pas dans l'ancienneté de la hernie une contre-indication à cette manière d'opérer. Petit, après avoir réduit la hernie, cherchait à isoler le

(1) *OEuvres complètes d'Ambroise Paré*, Paris, 1840, t. I, p. 410.

Digitized by Google

sac, et le pelotonnait dans l'ouverture abdominale, où il devait, suivant lui, former un bouchon propre à amener la guérison radicale. Monro et A. Cooper ont aussi jugé favorablement le débridement de la hernie sans incision du sac. Ce dernier chirurgien pense que cette opération doit être exempte de danger, pourvu qu'elle soit pratiquée de bonne heure; qu'elle peut être adoptée avec sécurité toutes les fois que l'état du malade est tel qu'on doive désirer la réussite des moyens qu'on emploie pour obtenir la réduction sans opération (A. Cooper, p. 278). MM. Bransby, Cooper (*Gazette médicale*, 1837, p. 505) et A. Key partagent l'opinion de leur maître. Ces trois chirurgiens ont opéré des hernies de cette manière, et n'ont pas eu à s'en repentir.

Enfin, M. Diday, qui a soutenu dernièrement cette méthode, assimile encore l'opération sans incision du sac à la réduction par le taxis. La péritonite est, dit-il, la cause la plus ordinaire des insuccès de la kélotomie; la réduction par le taxis ne la détermine presque jamais; il doit en être de même de la kélotomie sans ouverture du sac. M. Diday a publié à l'appui de ces données théoriques les résultats de la pratique de M. Bonnet (de Lyon). Sur seize hernies étranglées, M. Bonnet en a opéré neuf sans ouvrir le sac. Dans les sept autres cas, il n'a pas pu terminer ainsi son opération, soit que l'étranglement fût produit par le collet du sac devenu fibreux, soit à cause d'adhérences entre le sac et les viscères, soit à cause du grand embonpoint des sujets, qui rendait le débridement en dehors du sac très difficile, dans certaines hernies crurales. Des neuf premiers malades atteints de hernies inguinales ou crurales, deux seulement ont succombé, et ils ne sont pas morts de péritonite; tandis que, sur les sept autres, il y a eu quatre morts.

Évidemment, ce mode de débridement de la hernie ne peut toujours convenir. On ne doit le tenter que dans les cas où l'état du malade est tel, qu'on puisse désirer d'obtenir la réduction sans opération. Ainsi, s'il y a le moindre soupçon de gangrène, on doit inciser le sac. Si les viscères herniés adhèrent au sac, si l'étranglement est produit par le collet de cette poche, on ne parviendra pas à réduire sans inciser le sac. La différence de résultat des deux méthodes s'explique tout naturellement. L'ouverture du sac constitue tout de suite une plaie pénétrante de l'abdomen, tandis que l'autre méthode n'est qu'une plaie non pénétrante. Dans celle-ci, les viscères herniés et la surface interne du sac ne sont pas exposés au

Digitized by Google

contact de l'air, à l'action immédiate des doigts et des instruments, causes si puissantes de péritonite : aussi, quoi qu'aient pu en dire Sharp et Louis, je pense que, dans les cas où elle pourra être appliquée, cette opération sera moins dangereuse que le procédé ordinaire.

M. Colliex (de Turin) veut aussi laisser le sac intact. Ce chirurgien incise la paroi antérieure du canal dans toute son épaisseur et sa longueur, divise les brides qui étranglent la hernie, après les avoir soulevées avec la pince et écartées autant que possible des parties étranglées, et n'ouvre le sac que dans les cas exceptionnels où on ne peut ni ne doit réduire autrement la hernie. Ce chirurgien trouve son procédé très simple et presque sans danger (*Lancette française*, t. VIII, pag. 272). Il rejette la méthode ordinaire, parce qu'elle lui semble très dangereuse. M. Colliex assure avoir vu l'intestin blessé sept fois sur dix opérations qui ont été pratiquées en sa présence par le procédé ordinaire (*Lancette française*, t. VIII, pag. 204). M. Colliex présenta son travail à la Société médicale d'émulation ; je fus nommé rapporteur : il me fut facile de convaincre cette Société que M. Colliex s'était fait illusion sur le mérite et la nouveauté de ce procédé, et qu'il avait mal vu les faits dont il parlait. Sept blessures d'intestin sur dix opérations seraient une proportion de malheur qui devrait obliger les chirurgiens à quitter le bistouri.

Rousset décrivit une opération qu'il avait vu pratiquer par Maupas, et qui consistait à pratiquer à la paroi abdominale, au-dessus de l'étranglement, une incision par laquelle on introduisait les doigts, pour retirer dans l'abdomen les viscères déplacés. Cette opération fut adoptée par Pigray, et un siècle et demi plus tard par Cheselden. En opérant ainsi, il faudrait prolonger l'incision de la paroi abdominale jusqu'à l'étranglement (Pigray) ou débrider par en haut l'ouverture abdominale (Cheselden), si l'intestin était serré de manière à ne pouvoir être dégagé autrement. Cette méthode ne présentait aucun avantage, et avait, au contraire, l'inconvénient de produire une grande plaie qui, pénétrant directement dans le ventre, exposait beaucoup à la péritonite. En cas de gangrène des viscères herniés, on détruisait, par cette méthode, des adhérences qui sont un moyen de salut, on était exposé à placer dans le ventre les escarres ou un intestin perforé; enfin, si, en opérant ainsi, on fixait au dehors une anse intestinale gangrenée, il ne se trouvait

Digitized by Google

pas ici ces restes du sac formant l'entonnoir membraneux de Scarpa, qui, en se rétractant, attirent dans l'abdomen les deux bouts de l'intestin; de sorte que, si le malade ne succombait pas aux accidents primitifs, l'anus anormal qu'on aurait établi serait probablement définitif et incurable.

Thévenin, et après lui Leblanc (d'Orléans), au lieu d'inciser l'anneau, le dilataient au moyen d'un crochet mousse, du doigt ou d'un gorgeret mousse à deux branches, qu'ils écartaient après avoir introduit l'instrument fermé dans l'ouverture abdominale. J'ai déjà dit un mot de ce procédé, qui a été blâmé et abandonné.

A. Cooper n'incise pas ordinairement le sac dans toute sa hauteur, mais laisse son collet et la partie supérieure de son corps intacts, et débride en dehors de cette poche, en glissant le bistouri sous le pourtour de l'anneau aponévrotique et sur toutes les parties fibreuses ou musculaires qui peuvent exercer une constriction. Dans la très grande majorité des cas, ce n'est pas, dit-il, le collet du sac, mais quelque bride extérieure à ce collet, qui étrangle la hernie, et la section de cette bride suffit pour lever l'étranglement. Si ce débridement ne suffit pas, si l'étranglement est produit par le col du sac, il prolonge l'incision de cette poche jusqu'au-dessus de son collet.

Suivant le praticien anglais, la partie du sac qui n'est pas incisée forme une espèce de valvule qui s'applique sur l'ouverture abdominale; et, de cette manière, la cavité du ventre ne s'ouvrant pas directement au dehors, la péritonite est moins à craindre. Ce procédé a un autre avantage qu'il partage avec la méthode de Franco : si une artère est ouverte dans le débridement, le sang ne s'épanche pas dans le ventre, mais jaillit au dehors, et l'accident est reconnu à l'instant; tandis que, dans le procédé ordinaire, souvent il peut n'être reconnu qu'à l'autopsie. A. Cooper n'attache-t-il pas trop d'importance à cette modification?

Croirait-on qu'on a voulu faire au débridement de la hernie étranglée l'application de la méthode sous-cutanée? M. J. Guérin au débridé de cette manière une épiplocèle congénitale (*Gaz. méd.*, 1841, pag. 513). Si cette observation a été lue sérieusement par les praticiens, ils auront conservé d'abord des doutes sur la nécessité du débridement. La hernie était irréductible, mais les accidents qui nous déterminent à entreprendre une opération n'existaient pas. M. Guérin ne propose cette opération que pour les cas où le colle

Digitized by Google

haut ; et quand les intestins sont ainsi distendus par des gaz, c'est que, indépendamment de la hernie, il existe un autre état maladif, qui souvent a été la cause de la sortie de la hernie, de sa tension et de l'insuccès du taxis, état maladif qui est pour beaucoup dans la production des accidents qu'on attribue à l'étranglement. Quand on reconnaît cet état, il ne faut pas opérer. Si on opérait, on ne parviendrait pas à réduire et à contenir la hernie ; au contraire, de nouvelles portions du paquet intestinal se précipiteront au dehors. Quelque soin qu'on ait pris à appliquer un appareil propre à contenir les viscères, si le ballonnement est considérable, ils vaincront la résistance des appareils, et si on parvient à les contenir, les accidents qui existaient avant l'opération, et qui n'avaient pas leur cause dans la hernie, persisteront après. J'ai observé un pareil cas. On prévoit les suites d'une opération entreprise dans de pareilles circonstances.

Un autre obstacle à la réduction est un étranglement ayant son siége au-dessus de celui qu'on a débridé. Quelquefois c'est l'orifice supérieur du canal herniaire, d'autres fois c'est le collet du sac, remonté au-dessus de ce canal, qui produit ce second étranglement. Voici alors la cause de l'erreur : que la partie du sac qui se trouve au-dessus de l'orifice inférieur du canal herniaire soit un peu spacieuse, et contienne une portion d'intestin considérable, après le débridement de cet orifice, on attirera facilement au dehors une portion de l'intestin qui se trouvait dans la partie supérieure du sac. Le doigt, porté dans la cavité supérieure du sac, y sera libre, et on pourra croire qu'il est parvenu dans la cavité abdominale. Si l'anse intestinale extérieure est petite, on parviendra, sans trop de peine, à la repousser au-dessus de l'orifice du canal qu'on aura débridé. Quand une pareille erreur n'est pas reconnue, les accidents de l'étranglement persistent, et la mort est inévitable. Mais le plus souvent, dans ce cas, la réduction sera difficile, et le deviendra de plus en plus à mesure que de nouvelles portions de l'anse déplacée seront repoussées à travers l'anneau. Cette dernière circonstance, qui est l'inverse de ce qui a lieu ordinairement, donnera l'éveil au chirurgien. Si, après la réduction, on porte le doigt vers la cavité abdominale, on trouve les parties qu'on vient de réduire pelotonnées et gênées dans la partie supérieure du sac. Cette portion du sac, distendue par les viscères qu'on a repoussés au-dessus de l'anneau, forme une tumeur reconnaissable dans l'interstice de la paroi ab-

Digitized by Google

dominale. Quand on reconnaît l'erreur, l'indication est claire ; on doit retirer de la cavité supérieure du sac les parties qu'on vient d'y pousser, débrider l'étranglement supérieur, et réduire. Si le doigt conducteur du bistouri ne peut atteindre le second étranglement, il faut lui frayer une voie en incisant largement la paroi antérieure du canal herniaire et la portion du sac qu'il renferme.

Enfin, on a vu des hernies étranglées par le collet du sac être réduites en bloc, et encore étranglées avec le sac. Saviard observa le premier cette réduction en masse à la suite d'une opération de hernie crurale : le chirurgien crut avoir mis l'intestin à découvert, tandis qu'il n'avait fait qu'isoler le sac resté intact (*Observations de chirurgie*, p. 90, 19e observation). Plus tard, Ledran vit encore une hernie crurale réduite en bloc par le taxis (*Observations de chirurgie*, t. II, p. 13). Louis (*Académie de chirurgie*, t. IV, p. 305) et Pott (t. I, p. 357) nièrent la possibilité de cette réduction en bloc ; le premier douta même de l'authenticité de l'observation si claire de Ledran. Il ne peut plus aujourd'hui rester d'incertitude à cet égard : Dupuytren, Sanson, ont observé des faits identiques à celui de Ledran, et M. James Lucke, chirurgien à l'hôpital de Londres, a lu à la Société royale de médecine et de chirurgie de cette ville (*séance du* 25 *avril* 1843) un mémoire remarquable sur ce sujet.

Il faut, pour que cette réduction en bloc puisse avoir lieu, que la hernie n'ait pas un grand volume, que l'ouverture abdominale soit large, que le sac ne tienne pas aux parties qui l'entourent par des liens bien intimes. *A priori*, on croirait que la hernie crurale est plus exposée à cet accident que l'inguinale ; il n'en est cependant point ainsi. Les faits de Saviard et de Ledran se rapportent bien à des hernies crurales ; mais presque tous ceux qui ont été observés depuis, entre autres par M. Lucke, qui en a fourni cinq, ont trait à des hernies inguinales.

Quand la hernie est ainsi réduite en bloc, elle se trouve en dehors du péritoine, entre cette membrane et la paroi abdominale ; le fond du sac est au-dessous du niveau de l'ouverture aponévrotique du ventre, tourné vers le bassin. Sanson a vu, dans un cas de ce genre, le fond du sac entre le pubis et la vessie (1).

Le plus souvent, cette réduction en bloc a été l'effet d'un taxis

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. HERNIE.

Digitized by Google

violent opéré par le malade lui-même. Il en était ainsi dans les cinq cas observés par M. J. Lucke.

Le diagnostic de ce cas peut présenter des difficultés. Ici on s'aidera du commémoratif : si on sait que le malade était atteint d'une hernie qui s'est étranglée, que cette hernie est rentrée, et que, malgré cette réduction, les accidents ont persisté avec toute leur intensité, on poursuit l'investigation. Dans le cas où la hernie aura été réduite par le chirurgien, celui-ci aura pu remarquer qu'elle est rentrée en masse et sans gargouillement. En examinant l'ouverture où la hernie avait son siége, on y trouvera une espèce de vide. Ordinairement, après la réduction d'une hernie, le sac resté dehors forme un certain volume facilement appréciable, surtout dans la hernie inguinale, où la présence du sac rend le cordon et le pourtour de l'anneau moins distincts; eh bien, si la hernie a été réduite en bloc, l'ouverture abdominale est large : chez le malade de Ledran, *on pouvait presque fourrer les quatre doigts avec la peau par-dessous le ligament de Fallope* (t. II, p. 11). On ordonne au malade se livrer à des efforts, et la hernie ne sort pas. Immédiatement au-dessus de l'ouverture abdominale peut exister une tumeur circonscrite et douloureuse; mais, évidemment, dans le cas observé par Sanson, la hernie, descendue dans le bassin, ne pouvait pas constituer une tumeur reconnaissable au toucher. Il peut arriver que les viscères soient remontés au-dessus de l'anneau en refoulant le col du sac dont le fond est resté au dehors; l'intestin se trouve alors entre le col du sac et la paroi du ventre.

S'il y a lieu de croire à la réduction en bloc, on doit, comme le recommandait Dupuytren, placer le malade dans l'attitude verticale, sur ses pieds ou sur ses genoux, et le faire tousser, lui faire faire des efforts. Ces manœuvres provoqueront quelquefois une nouvelle sortie de la hernie, qu'on opérera ensuite comme une hernie ordinaire.

Si la hernie ne ressort pas, il faut, disait Ledran, *faire une incision au lieu où était la hernie, dilater l'anneau ou couper le ligament, pour retirer ensuite avec deux doigts ou avec une pincette le sac herniaire, ouvrir le sac, dilater son entrée et réduire l'intestin.* Dupuytren avait pratiqué cette opération, que M. Lucke a présentée sous un point de vue nouveau. Pour le chirurgien anglais, le premier temps de cette opération est une opération explorative : il consiste à mettre à découvert l'ouverture abdominale, et à reconnaître ses dimensions, à voir

Digitized by Google

si le sac s'y trouve. Si on trouve le sac vide non seulement au dehors, mais encore dans sa partie supérieure qui se trouve au-dessus de l'anneau du grand oblique dans la hernie inguinale, on peut en conclure que la hernie a été bien réduite. Si, au contraire, on constate l'absence du sac et la dilatation de l'ouverture abdominale, c'est que la hernie a été réduite en bloc. Alors le doigt porté dans l'ouverture abdominale arrive sur le sac distendu ; on débride cette ouverture, et glissant ensuite le doigt au-dessous de la hernie, on ramène celle-ci au dehors, et il ne reste plus qu'à inciser le sac, son collet, et à réduire.

Si les viscères avaient été simplement refoulés dans la partie profonde du sac, le fond de cette poche étant resté dehors, l'opération serait bien plus simple. Le fond du sac étant largement ouvert et l'ouverture abdominale dilatée, avec le doigt on attirerait sans peine au dehors les organes herniés, et on continuerait l'opération comme dans un cas ordinaire.

En décrivant l'opération de la hernie, j'ai indiqué les difficultés qui pouvaient se présenter dans cette opération, et la manière de les surmonter ; j'ai insisté sur la nécessité de lier, à mesure qu'on les ouvrait, les vaisseaux compris dans l'incision de l'épiploon ; mais les hémorrhagies les plus dangereuses sont celles qui proviennent des vaisseaux qu'on lèse dans le débridement. La lésion de ces vaisseaux est dangereuse parce que leur situation profonde en rend la ligature difficile, et surtout parce que l'hémorrhagie qu'ils fournissent, souvent interne, peut alors n'être reconnue que quand il n'est plus temps. Le débridement multiple met le malade à l'abri de cet accident. Le débridement pratiqué en dehors du sac, tel que le faisaient Franco, J.-L. Petit, A. Cooper, rend l'hémorrhagie interne impossible. Cependant on peut dire que la lésion des vaisseaux profonds qui se trouvent à proximité des ouvertures herniaires est un accident rare. Si elle a lieu, comment y remédiera-t-on ? La ligature sera, dans ce cas, le moyen le plus sûr. En mettant les parties dans un état de relâchement, et écartant les bords de l'incision, on pourra quelquefois apercevoir et lier les deux bouts de l'artère. A. Cooper a lié de cette manière les deux bouts de l'épigastrique (p. 249.) Si la ligature est impossible, on aura recours à la compression exercée sur l'artère, d'arrière en avant. Différents modes de tamponnement employés dans les plaies pénétrantes de la poitrine pour arrêter les hémorrhagies fournies

Digitized by Google

par les artères intercostales sont applicables à ce cas. J'ai déjà dit que j'ai vu Boyer réussir deux fois par le tamponnement.

Après l'opération de la hernie, l'état du malade est grave. Il est affecté d'une plaie pénétrante de l'abdomen, qui peut être encore considérée comme compliquée. L'anse intestinale est rétrécie sur le point qui a subi l'action de l'ouverture abdominale; elle est congestionnée, quelquefois enflammée, ainsi que le sac et la partie voisine de la séreuse abdominale. Quelquefois elle présente des altérations encore plus fâcheuses. Dans les cas même les plus simples, le chirurgien aura à prévenir l'inflammation du péritoine et de l'intestin, et devra veiller au rétablissement des selles.

Si les viscères qu'on a réduits ne sont ni perforés ni gangrenés, pourquoi laisser la plaie béante? On a dit: « Si vous réunissez par première intention, et que vous obteniez l'adhésion immédiate, le sac sera conservé, et la production de la hernie sera inévitable. » A cela je réponds qu'on n'obtient presque jamais la guérison sans suppuration, mais que le rapprochement des bords de la plaie diminue beaucoup les dimensions de celle-ci; traitée de cette manière, la plaie suppure peu, mais subit toujours une inflammation suffisante pour faire adhérer les parois opposées du sac et effacer la cavité de cette poche; que les tissus qu'on rapproche du sac ne l'irritent pas, tandis que le contact de l'air et des pièces de pansement provoquent une inflammation, souvent intense, qui, par continuité de tissus, peut se communiquer au péritoine. Je rejette donc la tente et la pelote que Dionis et J.-L. Petit plaçaient comme des bouchons dans le sac, sur l'ouverture abdominale, et je soutiens que dans les cas simples, quand on a réduit des viscères sains et qu'on ne laisse dans le sac aucune escarre dont il faille attendre l'élimination, la réunion immédiate a des avantages incontestables sur tout autre mode de pansement.

Après l'opération, on doit donc laver le sac et les bords de la plaie, rapprocher ceux-ci aussi exactement qu'il se pourra, assurer leurs rapports par la position, les bandelettes agglutinatives, et s'il le faut, par la suture. Franco, A. Paré (1), employaient ce dernier moyen, qui était oublié en France quand Delpech le remit en usage à Montpellier. A. Cooper le préconise, et ce chirurgien veut que les fils des sutures ne traversent que la peau, et non le sac. Mais puisqu'on n'obtient presque jamais une adhésion tout-à-fait immédiate, à

(1) *Œuvres complètes*, nouvelle édition, Paris, 1840, t. II, pag. 107.

Digitized by Google

quoi sert une coaptation parfaitement exacte des bords de la plaie? Aussi suis-je dans l'habitude de me contenter du rapprochement que je puis obtenir par les agglutinatifs et la position, et n'ai-je recours à quelques points de suture que dans certains cas de hernie scrotale, quand les bords de l'incision, extrêmement flasques, ne peuvent pas être tenus en contact par les autres moyens et dans les hernies congénitales, où la peau du scrotum tend à s'écarter et à laisser le testicule à découvert.

La réunion immédiate, avantageuse dans les cas ordinaires, l'est bien plus encore quand on est obligé de laisser dans le sac une anse intestinale ou une portion d'épiploon, qui n'a cependant pas subi d'altération grave. Ce mode de pansement ne saurait convenir si l'anse intestinale ou la portion d'épiploon qu'on laisse dehors est frappée de gangrène. Dans ce cas, les pansements à plat sont seuls convenables.

La plaie ne doit pas être comprimée sans nécessité, comme l'ont fort bien dit Ledran et Louis. On conçoit combien la compression serait dangereuse quand on a laissé quelques viscères dans le sac. Dans les cas simples, elle est au moins gênante et douloureuse, et presque toujours inutile. Ordinairement, après la réduction, les parties n'ont aucune tendance à ressortir. Alors un simple bandage approprié à la région où la hernie a son siége, et propre à fixer les pièces immédiates de l'appareil, suffit. Si les viscères avaient de la tendance à ressortir, ce qui est assez rare, on les retiendrait au moyen d'une pyramide de compresses appliquées sur les bords rapprochés de la plaie, vis-à-vis l'ouverture abdominale; on fixerait ces compresses avec un bandage plus solide, construit avec de longues bandes. Le spica est l'appareil qui convient alors aux hernies inguinales et crurales.

Si les selles ne se rétablissent pas en quelques heures, on donne des lavements simples d'abord, des lavements purgatifs si les premiers restent sans effet; enfin, s'il le faut, on administre à l'intérieur quelque laxatif, tel que l'huile de ricin dans le bouillon de veau aux herbes (Dupuytren). Dans ces derniers temps, beaucoup de chirurgiens ayant subi l'influence du physiologisme, ont condamné d'une manière trop absolue l'usage des purgatifs à la suite de l'opération de la hernie. J'ai plusieurs fois dû le rétablissement des selles, dans ce cas, à l'huile de ricin; et, chez certains vieillards à intestins paresseux, je me suis très bien trouvé de l'usage de l'huile de croton.

Digitized by Google

Les contractions antipéristaltiques de l'estomac continuent quelquefois après qu'on a levé l'étranglement ; on les calme par les opiacés.

Si le sujet qu'on vient d'opérer est vigoureux et n'a pas été saigné très largement avant l'opération, on le saigne après.

Le malade gardera la position horizontale pendant toute la durée du traitement. Cette position est surtout nécessaire pendant les efforts de la défécation.

Si tout va bien, les fonctions de l'appareil digestif se rétablissent promptement. Après cinq ou six jours, il ne reste plus aucune crainte. Le malade n'a plus qu'une plaie simple qui se cicatrise dans l'espace de quinze à vingt-cinq jours. Mais, malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. En effet, quand l'opération a été trop différée, l'intestin, rétréci dans le point qui a supporté la constriction, laisse difficilement passer les matières que contient le bout supérieur. Celui-ci, très distendu, se contracte mal ; d'où les coliques, la persistance de la constipation, des vomissements même pendant plusieurs heures, un ou plusieurs jours, et la mort si cet état continue. J'ai parlé ailleurs du fait observé par Ritsch, dans lequel on reconnut à l'autopsie que la mort avait été le résultat de l'oblitération complète de l'intestin. Suivant A. Key, la persistance des accidents est ordinairement due alors au défaut de contractions du bout supérieur de l'intestin, qui est enflammé (1). Dans des cas de ce genre, j'ai vu les laxatifs mettre fin aux accidents. Leur usage ne doit donc pas être négligé ; car, en admettant même que l'inflammation du bout supérieur soit une des causes de la persistance des accidents, on ne peut s'empêcher de reconnaître que la distension de ce bout supérieur doive à son tour irriter cet organe et y entretenir l'inflammation. Au reste, les sangsues en grand nombre, les fomentations émollientes pourront aussi contribuer puissamment à faire cesser les accidents. On ne devra pas cependant se hâter trop de provoquer les selles ; leur retard, quand les accidents cessent, n'est pas d'un mauvais augure. Ce qui est d'un très fâcheux pronostic, c'est quand les selles se rétablissent immédiatement après l'opération. J'ai vu mourir tous les malades qui ont vidé leurs intestins immédiatement après la réduction.

La péritonite est la cause la plus fréquente d'insuccès, soit qu'elle

(1) *Annotations au Traité des hernies d'A. Cooper*, p. 268.

Digitized by Google

résulte de l'extension de l'inflammation qui affecte l'épiploon, la surface séreuse de l'intestin, le sac et la partie voisine du péritoine, dans la deuxième période de l'étranglement, soit qu'elle dépende d'un épanchement, dans le cas de gangrène ou de perforation de l'intestin, soit enfin qu'elle survienne à la suite de l'opération, comme cela a lieu à la suite de la cystotomie, ou dans une plaie pénétrante simple de l'abdomen.

A. Key a observé, à la suite de l'opération de la hernie, un accident que je n'ai vu décrit nulle autre part : c'est l'inflammation et la suppuration du sac herniaire, dont les bords ont été exactement rapprochés. Voici comment le praticien anglais décrit cet accident (Annotations à A. Cooper) : vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'opération, la partie où la hernie avait son siége se tuméfie, devient douloureuse; le hoquet, le vomissement, la constipation, tous les accidents de l'étranglement se reproduisent; le malade sent que le sac herniaire est plein, et éprouve les mêmes angoisses que lui causait l'étranglement. Tous ces symptômes sont dus à l'inflammation du sac, qui se remplit de lymphe plastique.

Si le chirurgien, trompé par les symptômes, et croyant l'intestin ressorti, porte le doigt dans le collet du sac et dans l'abdomen, il décolle l'intestin de l'orifice du sac, et de cette manœuvre peut résulter une péritonite générale. Si, au contraire, il reconnaît la cause des accidents, cette inflammation du sac, quoique accompagnée de symptômes effrayants, ne sera nullement dangereuse. On la combattra par les antiphlogistiques. Les fils des sutures seront enlevés, on écartera les bords de la plaie, pour donner issue à la lymphe et au pus, et on appliquera sur la tumeur des cataplasmes émollients.

Enfin, M. Goyrand a décrit, en 1836, un accident consécutif à cette opération : c'est l'*épiploïte phlegmoneuse* (*Gaz. méd.*, t. IV, page 305) (1). Cette inflammation affecte les couches celluleuses qui séparent les feuillets séreux de l'épiploon. Elle diffère essentiellement de l'épiploïte membraneuse, qui n'est qu'une variété de la péritonite. Cependant les feuillets séreux de l'épiploon ne restent pas entièrement étrangers au mouvement fluxionnaire du tissu cel-

(1) Le nom de M. Goyrand a souvent été prononcé dans cet article, et j'ai cité des faits, des opinions qui viennent de lui et qui ne sont pas imprimés. Je dois dire que je les tiens d'une correspondance qui est pour mon livre une vraie providence.

Digitized by Google

lulo-adipeux qu'ils recouvrent; ils subissent, ainsi que les parties du péritoine qui leur sont contiguës, le degré d'inflammation qui fait adhérer entre eux les feuillets séreux. L'épiploon phlegmoneux contracte des adhérences avec la paroi du ventre et les intestins qu'il recouvre.

Le phlegmon épiploïque a une étendue variable, et se déclare dans des circonstances diverses. Il peut n'être qu'une continuation du travail morbifique qui a commencé sous l'influence de l'étranglement; il peut être la suite des pressions que l'épiploon a subies par le taxis, ou par la réduction, après le débridement. D'autres fois, l'irritation à laquelle est soumise une partie de l'épiploon laissée dehors dans l'opération se propage à la portion de ce repli péritonéal qui est restée dans le ventre; enfin tous les chiens auxquels Louis et Pipelet lièrent l'épiploon eurent un abcès dans cet organe, immédiatement au-dessus de la ligature (1).

Le phlegmon épiploïque forme une tumeur bien circonscrite, qu'on reconnaît à travers la paroi du ventre, et donne à la percussion médiate un son mat, s'il est dans la fosse iliaque, et, s'il a son siége dans la partie de l'épiploon qui recouvre le paquet intestinal, un son d'autant plus obscur que l'épiploon enflammé a plus d'épaisseur. Il est peu douloureux, même à la pression. Les dérangements fonctionnels qui l'accompagnent n'ont rien de caractéristique, et résultent seulement de la compression de l'intestin par la tumeur, et de la gêne qu'éprouve cet organe dans ses contractions, par suite des adhérences qui l'unissent à l'épiploon; tels sont la constipation, quelques flatuosités, quelques coliques, un léger ballonnement, qui rend plus distincts les signes fournis par la percussion.

La marche de l'épiploïte phlegmoneuse est ordinairement peu rapide, à moins qu'elle ne se développe sous l'influence d'une violente irritation locale, tel qu'un étranglement persistant, une forte contusion, ou des déchirures.

La résolution s'y fait lentement, et de la circonférence au centre.

La suppuration paraît être le mode de terminaison le plus ordinaire de cette inflammation. Si l'épiploon enflammé est dans un sac herniaire, l'abcès qui s'y forme diffère peu d'un dépôt sous-cutané. S'il est derrière l'ouverture abdominale débridée, la suppuration pourra se faire jour par la plaie; s'il est situé plus profondément

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. III, p. 394.

Digitized by Google

dans le ventre et sans communication avec l'extérieur, il est en rapport en arrière avec les intestins auxquels il adhère, ainsi qu'à la paroi abdominale. Dans ce cas, si le foyer purulent qui se forme dans l'épiploon est vaste, on pourra y reconnaître la fluctuation; s'il est peu étendu, et que la paroi abdominale soit très épaisse, ce signe manquera, et il pourra être fort difficile de diagnostiquer l'abcès. M. Goyrand l'a reconnu, dans un cas, à la matité complète qui survint sur le point occupé par le foyer, point qui jusqu'alors avait laissé reconnaître par la percussion le creux des intestins situés au-dessous.

L'abcès formé, la terminaison la plus heureuse serait, sans doute, son ouverture du côté de la peau; mais c'est aussi peut-être la plus rare. Arnaud a vu une mort prompte suivre la rupture de cet abcès dans la cavité du péritoine, chez une femme qui avait été opérée trente-neuf jours avant, et qu'on croyait guérie (1). M. Goyrand a vu l'abcès s'ouvrir dans l'intestin, et le malade guérir (*Gaz. méd.*, t. IV, p. 305).

On voit, d'après ce que j'ai déjà dit sur les différents modes de terminaison de l'épiploïte phlegmoneuse, combien cette maladie est grave. Comment doit-on la prévenir, comment la guérir? On la préviendra en éloignant de l'épiploon toute cause d'irritation. Ne replacez pas dans le ventre une portion d'épiploon gravement contuse ou enflammée. En réduisant l'épiploon, ménagez-le, ne le froissez pas. S'il est fortement contus, enflammé, dégénéré, gangrené, largement adhérent, excisez-le, sans jamais le lier, et réduisez la portion saine. Si vous croyez devoir le laisser en totalité ou en partie dans le sac, faites un pansement doux, n'exercez pas sur cet organe une compression toujours irritante, rapprochez les bords de l'incision de manière à le recouvrir, s'il n'est pas gangrené.

Quand le phlegmon épiploïque existe, le traitement antiphlogistique est seul indiqué : la saignée générale pourra trouver ici son application; mais, comme cette inflammation n'est souvent accompagnée d'aucun phénomène fébrile, les applications réitérées de sangsues seront plus souvent indiquées. Ces moyens seront aidés de l'usage des cataplasmes émollients, des fomentations; le malade sera soumis à un régime léger. Plus tard, on pourra hâter la résolution par l'usage des fondants, des légers purgatifs, tels que le

(1) *Traité des hernies.*

Digitized by Google

quand cette complication existe; mieux vaut se borner à des compressions ménagées, à des moyens palliatifs.

J'ai dit aussi que le trajet de l'anus dans les parois abdominales pouvait être trop étroit. Il faut alors le dilater avec des sondes de gomme élastique, des racines de gentiane ou l'éponge préparée enveloppée dans un linge, si on craint, comme Delpech, que ce moyen soit plus douloureux que les autres à cause de l'insinuation des bourgeons charnus dans les cellules de l'éponge. Quand ces moyens dilatants ne suffisent pas, on est obligé de débrider; ce qui sera certainement dangereux si on ne veut pas se soumettre aux règles du *débridement multiple*.

A. *Compression*. Elle a été pratiquée avec des *tentes* de charpie, avec une machine en ébène, avec des canules. C'est Desault qui a surtout régularisé la compression. Des *tentes* d'abord introduites dans le bout inférieur, puis dans le supérieur, étaient fixées au dehors par un fil qui en embrassait la partie moyenne; puis, avec un tampon disposé en pyramide, on exerçait une compression dirigée de manière à pousser le tout dans le ventre. Les mèches étaient progressivement augmentées d'épaisseur; dès qu'elles étaient parvenues à un volume considérable, et que les selles se rétablissaient, la compression était bornée à l'ouverture extérieure pour éviter tout suintement. L'autre moyen de Desault était un croissant en ébène ou en ivoire, long de six à huit lignes, supporté par un manche de cinq à six pouces, et garni d'éponge ou de linge. Il devait embrasser par sa concavité le *promontoire* et le repousser vers le ventre.

En 1824, M. Forget eut l'idée, et M. Colombe, plus tard, a formellement proposé d'employer une grosse canule en gomme élastique, un peu courbe : une extrémité introduite dans le bout supérieur recevrait les matières qui seraient portées dans le bout inférieur par l'extrémité opposée; le corps de la canule appuyant par sa concavité sur l'éperon le comprimerait; un fil fixerait la canule.

Rien, en apparence, de plus simple et de plus méthodique qu'un pareil moyen, dans les cas surtout où l'éperon n'est pas très prononcé; mais M. Velpeau fait observer que pour espérer de bons résultats, il faudrait employer une canule volumineuse dont l'introduction pourrait offrir de grandes difficultés. Ce praticien a d'ailleurs essayé ce procédé : la mort de l'opéré, qui a eu lieu trois jours après, a permis de constater une péritonite intense, une perforation de l'intestin, en arrière, et la canule engagée dans l'ouver-

Digitized by Google

ture. « Qu'il y ait là rapport de cause à effet ou simple coïncidence, toujours est-il qu'un pareil résultat ne parle pas en faveur de la methode (1). »

Un examen impartial de la compression la montre comme un moyen insuffisant ou dangereux dans les cas graves, mais pouvant faciliter la cure naturelle ou les autres moyens dans les cas où le promontoire n'est pas très prononcé. La compression est insuffisante ; en effet, elle ne peut être méthodiquement exercée, car il manque un point d'appui du côté de l'abdomen ; et comme l'éperon n'est pas placé entre une force et une résistance, il n'est réellement pas comprimé, il est seulement refoulé. Si la force est augmentée, la compression devient alors dangereuse; car les adhérences étant tiraillées, elles peuvent être détruites. Ainsi je crois que le premier procédé de Desault, celui des *tentes*, est encore préférable; car, bien dirigées, elles peuvent, dans le commencement, faire passer les humeurs stercorales par filtration d'un bout à l'autre de l'intestin ; en augmentant peu à peu leur volume, elles dilateront le bout inférieur ou empêcheront, au moins, que son rétrécissement ne fasse de progrès. En traçant l'histoire anatomique de l'anus contre nature, je n'ai pas omis de faire remarquer l'état d'atrophie, le rétrécissement du bout inférieur. Or, cette circonstance a plus d'influence qu'on ne pense sur les difficultés qu'on rencontre dans le traitement de cette infirmité. C'est comme pour le traitement des fistules urinaires ; la partie antérieure du canal, ne fonctionnant plus depuis longtemps, revient sur elle-même, et il arrive qu'après la destruction du rétrécissement qui a causé la fistule, l'urètre fonctionne difficilement ou fonctionne mal, parce qu'une partie du canal est revenue sur elle-même. C'est là une cause puissante de récidive. L'anus contre nature devra donc être considéré comme une fistule due à un rétrécissement, et dont le traitement nécessitera, non seulement une action sur le rétrécissement même, mais encore des moyens nécessaires à agrandir le bout inférieur. Les mèches de Desault sont destinées à remplir en partie cette indication.

B. *Entérotomie*. Je réunis sous ce chef les moyens mécaniques destinés à diviser ou détruire l'éperon. On attribue généralement à Schmakhalder la première idée de l'entérotomie ; elle aurait été

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, Paris, 1839, t. IV, p. 153.

Digitized by Google

émise en 1798 dans sa dissertation. Le procédé consiste à traverser la base de l'éperon avec une aiguille entraînant un fil qui sert à faire une ligature comme celle qu'on pratiquait pour le traitement de la fistule à l'anus; le fil couperait l'éperon de la base à son sommet. Physich aurait obtenu un succès par le même moyen en 1809. Mais l'entérotomie, comme méthode, n'existe que depuis que Dupuytren y a mis la main. Dans les premiers temps, ce chirurgien employait la ligature qui lui réussit. Cependant la crainte de perforer l'intestin avec l'aiguille lui suggéra l'idée de faire naître des adhérences entre les parois adossées du tube qui forment l'éperon, afin de pouvoir abattre celui-ci sans pénétrer dans l'abdomen. Pour cela, il fallait un moyen énergique, mais dont l'action diminuerait à mesure qu'elle marcherait de la membrane muqueuse à la membrane péritonéale.

L'*entérotome* de Dupuytren remplit ces conditions : c'est une pince qui, comme le *fer à friser* des coiffeurs, a une branche creusée dans toute sa longueur en gouttière et recevant l'autre qui est à peu près cylindrique : il y a donc une branche mâle, une femelle ; la branche mâle a des dents qui sont reçues dans des enfoncements pratiqués dans la gouttière représentée par la branche femelle (voyez fig. 69). Les branches s'articulent comme celles d'un forceps ; elles sont appliquées séparément, une dans chaque bout de l'intestin ; on pince l'éperon dans l'étendue d'un pouce, un pouce et demi (3 à 4 cent.). Une vis traversant les manches rapproche les branches à un degré assez considérable pour arrêter la circulation de l'éperon, lequel doit nécessairement se gangréner. Mais autour de cette mort des parties étreintes la vie s'exalte; de là une inflammation qui, quand elle est modérée, produit d'abord les adhérences dont j'ai parlé, lesquelles confondent ensemble les deux parois de l'intestin dont l'adossement constitue l'éperon. Quand vient le moment de l'élimination de l'escarre produite par la pince, déjà les adhérences sont créées et elles sont assez solides pour empêcher tout épanchement Cette méthode a réussi à plusieurs chirurgiens, et surtout à Dupuytren. M. Blandin, dans une leçon de concours, a cité sept succès pris dans sa pratique. Mais on ne réussit pas toujours, et l'entérotomie n'est pas exempte de difficultés et de dangers. Les difficultés

Fig. 69.

Digitized by Google

sont de trouver les deux bouts, de savoir dans quelle étendue l'éperon a été saisi; elles viennent aussi de l'étroitesse de l'ouverture extérieure. Les dangers sont produits par le manque d'adhérences préalables à la division de l'éperon; car la nature n'est pas toujours en bonne disposition, et l'entérotomie, au lieu de faire naître une inflammation adhésive et bornée, peut allumer une phlegmasie diffuse du péritoine, qui est bientôt mortelle. Au lieu de pincer seulement l'éperon, on peut comprendre, en même temps, une anse voisine d'intestin, et établir une communication de l'anus contre nature avec une autre partie du tube intestinal; ce qui est pire, on peut établir une communication avec la cavité abdominale. La présence de la pince, qui est assez lourde, assez volumineuse, est aussi une cause d'accident; enfin la compression de l'éperon donne lieu quelquefois aux phénomènes de l'étranglement.

Delpech a modifié l'entérotome; il veut que les mors soient terminés par des renflements qui ressemblent à une moitié de coquille de noix; et tandis que la pince de Dupuytren coupe le promontoire du sommet à la base, celle de Delpech couperait de la base au sommet. Dans le plus grand nombre des cas, ces pinces doivent être difficiles à appliquer, car il faut un assez large espace pour permettre le passage des deux renflements qui terminent leurs mors, et je ne crois pas qu'il soit rationnel de porter le fort de l'action des pinces sur le point le plus voisin du péritoine.

M. Liotard a imaginé une pince qui agit aussi par une extrémité, qui est une espèce d'emporte-pièce, de manière à perforer l'éperon, à faire du promontoire un pont sous lequel les matières fécales passeraient pour se rendre directement du bout supérieur à l'inférieur. Cet instrument a l'approbation de M. Blandin, et je viens de dire que ce professeur a été très heureux dans le traitement des anus contre nature.

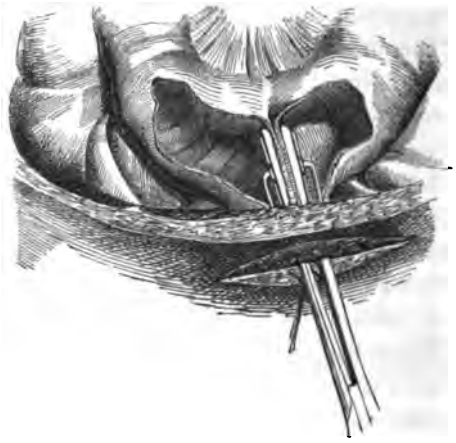
Cependant l'instrument de M. Liotard encourt les mêmes reproches que celui de Delpech. Dans beaucoup de cas, ces emporte-pièces ne pourraient être appliqués, parce qu'ils ont trop de volume pour arriver sans inconvénient jusqu'à l'éperon. On a aussi employé l'instrument tranchant: ainsi M. Reybard a imaginé un instrument composé d'une pince qui ressemble à celles à disséquer: dès qu'elle a saisi l'éperon, une lame qui passe entre les deux mors vient le diviser; on retire la lame, on laisse la pince séjourner pendant quarante-huit heures; les adhérences étant supposées formées, on retire la pince. M. Bourgery représente dans son ouvrage la *pince entérotome*, fig. 70,

Digitized by Google

qu'on trouve appliquée fig. 71. Cet instrument se compose dans sa partie essentielle de deux segments de cercle, dont l'un est reçu dans l'autre. Chaque segment est brisé par une double articulation et commandé par une tige de rappel. Selon M. Bourgery, cet instrument

Fig. 70.

Fig. 71.



peut être introduit fermé par une plaie, une fistule étroites. On lui rend son développement quand il est parvenu dans l'intestin.

M. Jobert, au lieu de couper l'éperon avant la formation des adhérences, l'incise après qu'il les croit formées. L'entérotome serait d'abord appliqué; on le retirerait quarante-huit heures après; on laisserait encore passer un jour ou deux pour accroître la solidité des adhérences, puis avec des ciseaux on diviserait la cloison.

Le procédé de M. Reybard compte des succès; celui de M. Jobert n'est encore qu'en projet. Ils méritent tous deux d'être pris en considération. Je ne voudrais pas recommander l'*excision* telle qu'elle a été pratiquée par un chirurgien qui a saisi l'éperon avec une pince à polype et en a excisé un large V avec des ciseaux, et le malade aurait été promptement guéri!

C. *Cautérisation*. La méthode par mortification, c'est-à-dire la méthode de Dupuytren, est celle qui compte le plus de partisans et le plus de succès. Cependant, comme je l'ai dit, elle n'est pas exempte de difficultés et de dangers; les dangers peuvent être dus à la présence longtemps prolongée des pinces, et au défaut d'adhérences préalables à la section de l'éperon, à la constriction des pinces qui peuvent donner lieu aux accidents de l'étranglement; eh bien, je

Digitized by Google

crois qu'on pourrait produire une mortification sans entérotome. Le caustique, selon moi, serait ici très applicable : on pourrait creuser à chaque extrémité d'une pince deux petites cuvettes qu'on chargerait de nitrate d'argent ou mieux avec la pâte de Vienne : de cette manière le caustique ne pourrait se répandre au loin, son action serait bornée, elle serait rapide, et rien ne resterait dans la plaie après l'opération, qui serait on ne peut plus prompte. L'escarre serait éliminée peu à peu, et l'ulcération qu'elle laisserait permettrait le passage des matières. Le caustique, on le sait, fait naître plus facilement l'inflammation adhésive que les moyens dont l'action est simplement physique; c'est pour cela qu'il est choisi quand on veut pratiquer méthodiquement l'ouverture d'une tumeur de l'abdomen. M. Récamier a surtout insisté sur cette méthode. Je l'avoue, le procédé que je propose ici n'a pas pour lui l'expérience, mais il me semble qu'il ne peut manquer d'être pris en considération par les chirurgiens, car il a en sa faveur l'analogie la plus légitime.

D. *Oblitération de l'ouverture extérieure de l'anus contre nature.* J'ai dit que c'était la première indication qui a été saisie par les chirurgiens qui nous ont précédés. On doit à Lecat d'avoir proposé d'une manière formelle la suture : en 1739, il admit même une femme dans son hôpital pour l'opérer ainsi; mais des circonstances indépendantes de sa volonté l'empêchèrent d'exécuter ce procédé. Lebrun le mit en pratique sans succès. M. Judey (1) a été plus heureux. M. Blandin échoua; des accidents l'obligèrent de lever les fils Depuis que l'anatomie pathologique a montré les dispositions intérieures de l'anus anormal, on s'explique plus facilement les insuccès de la suture. Tandis qu'avant notre époque on croyait que pour réussir il n'y avait qu'à rafraîchir les bords de l'anus, les rapprocher et les maintenir en contact, on reconnaît aujourd'hui plusieurs causes pouvant empêcher le succès, parmi lesquelles il faut noter surtout l'état calleux et la perte de substance des parois abdominales, enfin l'éperon. Une fois celui-ci détruit, restent les autres obstacles, et l'autoplastie doit les lever.

Autoplastie. Elle a été tentée par toutes les méthodes. Ainsi, 1° le décollement des téguments dans l'étendue d'un pouce pour pouvoir aviver et rapprocher plus facilement les bords de l'ouverture; mais il arrive que les matières fécales passent sous les tégu-

(1) *Archives de médecine*, t. I, p. 291.

Digitized by Google

ments décollés, et on échoue ; la plaie même peut rester plus grande qu'avant l'opération ; 2° on peut employer la méthode indienne, qui a réussi à M. Blandin (1), mais qui a échoué entre les mains de plusieurs autres chirurgiens ; 3° enfin M. Velpeau a tenté ici la méthode d'autoplastie qui lui avait réussi dans le traitement des grandes fistules du larynx. Il introduisit donc dans l'ouverture un *bouchon* formé d'un lambeau de peau emprunté au flanc. Mais la suture destinée à maintenir le bouchon contre les bords de l'ouverture coupa ces bords, et cette tentative échoua. M. Velpeau eut alors l'idée de mettre à exécution un mode d'autoplastie dont les premiers éléments se trouvent dans Celse. Voici cette méthode avec ses motifs tels qu'ils ont été exposés par M. Velpeau :

Il est rare qu'une fistule stercorale existe pendant quelques mois sans devenir calleuse. L'anneau qui forme son méat devient dur, inodulaire ; on le dirait presque inorganique. Ce sont là des circonstances peu favorables à la cicatrisation, soit par première, soit par deuxième intention. Un lambeau de tissu souple, emprunté ailleurs, ne trouve pas où il est importé assez d'analogie de structure pour s'y greffer. Le maintien du contact des bords oblige les sutures à des tractions trop fortes, trop soutenues, et elles coupent bientôt un tissu aussi compacte, aussi *sécable*. Enfin, selon M. Velpeau, il est presque impossible, par les procédés ordinaires, que, du côté de l'intestin, le rapprochement soit assez exact pour éviter toute infiltration de matières stercorales. Ce professeur trouva des difficultés chez un jeune garçon qui fut admis à la Charité. Avant d'en venir à l'anaplastie, il eut l'idée de tenter la suture simple par le procédé de M. Reybard, que j'ai décrit pag. 306 de ce volume, quand il a été question des plaies intestinales. Ce procédé consiste à comprendre dans les anses du fil une plaque de caoutchouc ou de bois souple, placée dans l'intestin derrière la plaie, afin d'empêcher toute communication de l'intérieur avec l'extérieur. M. Velpeau pensa aussi à relâcher les parois abdominales par deux incisions latérales, et ce dernier procédé fut mis à exécution.

L'opération fut pratiquée le 15 novembre 1835. Le célèbre Val. Mott y assista. M. Velpeau décrit ainsi cette opération : « Je renfermai toute la fistule dans une ellipse pour l'exciser par une double incision, en demi-lune, mais obliquement, des côtés vers le centre,

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, 1838 ; t. II, p. 976.

Digitized by Google

et de manière à ne pas y comprendre l'intestin, ou au moins sa membrane muqueuse. Je passai ensuite quatre points de suture, à deux lignes l'un de l'autre, en ayant soin aussi que leur partie moyenne n'allât pas jusque dans la cavité abdominale ou de l'intestin. C'est alors qu'une incision longue de deux pouces, comprenant la peau, la couche sous-cutanée et l'aponévrose du grand oblique, fut faite de chaque côté à douze ou quinze lignes en dehors de la plaie. Tout étant lavé, bien abstergé, je nouai les fils, et plaçai un cylindre de charpie dans les plaies latérales pour en écarter les bords avant d'en appliquer l'appareil contentif. » Le 18, les matières s'étaient tellement accumulées, qu'elles forcèrent à couper les fils; l'opération semblait donc avoir échoué : on lava les bords de la plaie; on recommanda bien au malade de les tenir le plus proprement possible, et on le mit à un régime fortifiant, peu abondant. Le 30 décembre, la plaie ne donne plus passage qu'à une très petite quantité de matières purulentes. Le 4 janvier 1836, les fèces ne sortent plus du tout; le malade est dans un état satisfaisant. On le conserva encore quelque temps à l'hôpital, afin de bien s'assurer de la guérison. Comme rien ne semble devoir donner lieu à aucune crainte, que le malade marche avec facilité, et ne souffre plus du tout, on le renvoie le 8 février.

Il paraît, d'après l'expérience de M. Velpeau, que ces incisions latérales donnent lieu à un relâchement dont on ne se fait pas une idée à priori. Les lèvres avivées de la fistule s'affrontent presque d'elles-mêmes. Les fils de la suture ne doivent être serrés que très modérément.

L'avivement, tel que le pratique M. Velpeau, transforme la fistule en une sorte de cuvette dont le fond est sensiblement moins large que l'entrée. Il en résulte que si la portion cutanée est en contact, la portion intestinale se forme complétement. Les fils ne pénétrant pas dans l'intestin, les humidités intestinales n'en suivent pas le trajet. Selon M. Velpeau, au lieu de comprimer le ventre et les plaies, comme il l'a fait, il vaudrait mieux les laisser absolument libres. Une diète rigoureuse, le repos, un lavement laxatif chaque soir pendant les huit premiers jours, conviendraient certainement davantage.

Ainsi, dans les anus contre nature dépourvus d'éperon, enlever le tissu inodulaire, en ménageant le contour profond ou intestinal de la fistule, passer les fils sans aller jusqu'à l'intestin, pratiquer

Digitized by Google

une longue incision à un pouce ou deux de chaque côté, panser sans comprimer le ventre, faire donner un laxatif chaque soir et tenir le malade à la diète, telle est en peu de mots la méthode proposée par M. Velpeau, méthode réellement digne d'être expérimentée, soit seule, soit en la combinant avec les diverses sortes d'anaplasties.

ARTICLE III.

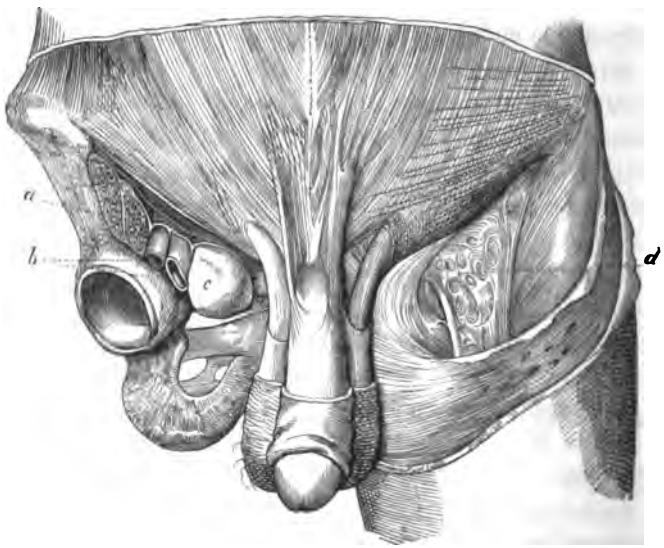
Hernies en particulier.

I. HERNIES INGUINALES CHEZ L'HOMME.

Je dois commencer aussi cet article par une note sur l'anatomie, car à tout instant je serai obligé de l'invoquer.

Anatomie. Les vaisseaux et nerfs du testicule parcourent obliquement l'épaisseur de la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure ; le trajet qu'ils suivent a reçu le nom de *canal inguinal.* L'aponévrose du grand oblique et son bord inférieur, connu sous le nom de ligament de Fallope,

Fig. 72.



Explication de la figure 72. On voit que d'un côté presque toutes les parties molle ont été enlevées pour bien montrer ce qu'on appelait l'arcade crurale. *a* indique les muscles iliaque et psoas, qui ont été coupés au moment de leur sortie du bassin. *b* indique de dehors en dedans : 1° l'artère crurale, 2° la veine. *c* est un sac herniaire lui indique bien les rapports de la hernie crurale avec les vaisseaux.

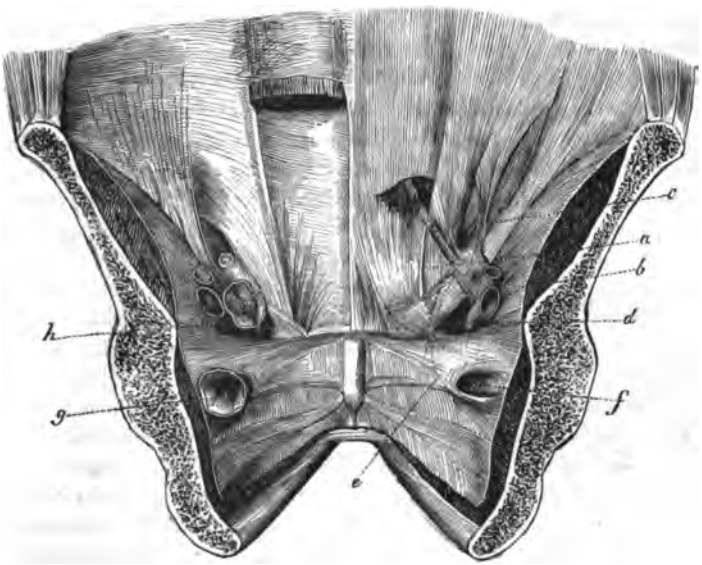
Digitized by Google

forment ses parois antérieure et inférieure; le fascia transversalis constitue sa paroi postérieure et un peu les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse.

Si on veut avoir une idée juste du canal inguinal et de l'ouverture crurale, il faut d'abord étudier et la partie inférieure de l'aponévrose du grand oblique, et le fascia transversalis.

A. L'aponévrose du grand oblique doit être étudiée ainsi qu'il suit : parvenue à la partie inférieure de la paroi abdominale, dans l'intervalle qui sépare l'épine antérieure supérieure de l'os des iles de celle du pubis, cette aponévrose ne se termine pas brusquement par un ligament, comme le croyaient les anciens; elle se divise là en trois parties : 1° une *externe réfléchie* ; elle se re-

Fig. 73.



Explication de la figure 73. C'est une coupe d'après M. Bonami qui représente la face péritonéale d'une portion de la paroi abdominale antérieure. A gauche, le péritoine seulement a été enlevé pour l'étude du fascia transversalis. A droite, ce fascia a été enlevé. *a* montre le muscle droit, qui par son bord externe borne en dedans ce qu'on appelle la *fossette* interne. *b*, artère iliaque externe, d'où émane l'artère épigastrique *c* à l'état le plus ordinaire. On voit au-dessous de cette naissance un pointillé qui indique le point de départ de l'artère hypogastrique, quand elle vient de la précédente. *d* indique l'ouverture crurale supérieure. *e* indique le trajet de l'hypogastrique, quand elle a l'origine anormale déjà indiquée. *f* est l'ouverture supérieure du canal sous-pubien gauche. *g* est le même orifice du côté droit, dans lequel est engagé un sac herniaire. *h* est un autre sac herniaire, engagé dans l'ouverture crurale supérieure pour montrer du côté de l'abdomen le rapport de la hernie crurale avec les vaisseaux qui sont en dehors et le ligament de Gimbernat qui est en dedans de la hernie. Au-dessus de ces vaisseaux est le commencement du canal inguinal dans lequel on a introduit un corps cylindrique.

Digitized by Google

courbe, se dirige vers la fosse iliaque, et se joint au fascia iliaca. Cette portion est la plus étendue, elle oblitère la moitié externe de l'arcade crurale; 2° une *interne et réfléchie:* c'est le ligament de Gimbernat qui borne en dedans l'ouverture crurale (*d*, fig. 73). Cette portion se réfléchit moins vers le ventre que l'externe, elle n'oblitère pas le quart interne de l'arcade, elle s'insère sur toute la crête pubienne à partir de l'épine du pubis. Au-dessus de cette portion, on sait que des bandes de l'aponévrose se séparent pour former l'ouverture extérieure du canal inguinal (voir fig. 72, côté droit); 3° entre les deux premières portions est la portion *moyenne* non réfléchie : ici l'aponévrose du grand oblique, au lieu de se recourber pour gagner le ventre, s'étend sur la cuisse, et se joint au feuillet superficiel du fascia lata, pour former la paroi antérieure du vrai canal crural, qui est criblée de trous, canal qui abrite les grands vaisseaux qui vont du bassin à la cuisse, *d*, fig. 72.

B. Le fascia transversalis est un feuillet cellulo-fibreux, assez résistant à sa partie inférieure, et simplement celluleux à sa partie supérieure. La portion fibreuse de ce fascia est composée de deux parties distinctes : 1° une, externe, qui naît de l'angle d'union du ligament de Fallope avec le fascia iliaca (*portion réfléchie externe*), remonte sur la face profonde de la paroi abdominale antérieure; cette portion a en dedans un bord courbe : c'est le côté externe de l'orifice supérieur du canal inguinal; 2° la portion interne du fascia transversalis, beaucoup plus résistante, naît de la crête pubienne et de la face profonde du ligament de Gimbernat, adhère assez faiblement à la partie postérieure de l'arcade crurale, et se continue, sous cette arcade, avec la gaîne celluleuse des vaisseaux fémoraux; elle remonte derrière le cordon spermatique et l'aponévrose de terminaison du muscle transverse, et forme, par son bord externe, qui est concave, le côté interne de l'orifice supérieur du canal inguinal. Les deux portions du fascia, réunies à une hauteur variable, remontent sur la face profonde de la paroi antérieure de l'abdomen, et, perdant peu à peu leur densité, ne forment plus qu'un feuillet celluleux qui n'a plus de limites précises. *c* de la fig. 73 indique le point où les deux portions de ce fascia s'écartent pour constituer l'ouverture supérieure du canal inguinal. On voit en dedans de la portion interne du fascia l'artère épigastrique. Les bords des deux portions du fascia qui, en se regardant par leur concavité, forment une ouverture ovalaire, circonscrivent l'orifice supérieur du canal inguinal; ils fournissent de plus, l'un et l'autre, une expansion celluleuse très mince, qui descend avec le cordon spermatique: c'est la gaîne la plus immédiate de ce même cordon.

Le cordon spermatique s'engage dans le canal par son orifice supérieur, le parcourt, appuyé sur la *portion interne* de l'aponévrose du grand oblique au moment où elle se réfléchit pour former le ligament de Gimbernat. En marchant vers l'orifice externe du canal, le cordon a, avec les muscles petit oblique et transverse, les rapports suivants: les faisceaux inférieurs de ce dernier naissent de l'angle d'union de la *portion externe* de l'aponévrose abdominale avec le fascia iliaca, entre l'épine iliaque antérieure supérieure et l'orifice supérieure du canal inguinal; là, le bord inférieur de ce muscle passe au-dessus du cordon, puis, se dirigeant en bas et en dedans, derrière le cordon.

Digitized by Google

se termine par une aponévrose qui se confond intimement avec la partie interne inférieure du fascia transversalis (1). Les faisceaux inférieurs du petit oblique ont leur origine au-devant de celle des faisceaux correspondants du transverse, et dans la gouttière du ligament de Fallope, jusque près l'épine du pubis. Ils se confondent en grande partie avec ceux du transverse. Le bord inférieur du petit oblique ne croise le cordon qu'à 2 centimètres environ au-dessous de l'orifice supérieur du canal. Quelques unes de ses fibres forment un faisceau qui, prenant la disposition membraneuse, sort du canal inguinal avec le cordon, dont il longe le côté externe, forme sous le testicule des arcades renversées, remonte le long du côté interne du cordon, et vient, en définitive, s'insérer à la face postérieure du pilier interne de l'anneau. Cette émanation du petit oblique, à laquelle se joindraient des fibres du transverse, suivant A. Cooper, constitue le muscle crémaster, qui donne à la partie antérieure du cordon et de la hernie scrotale une tunique connue sous le nom d'*érytroïde*.

L'aponévrose de terminaison du transverse et du petit oblique, que j'ai dit se confondre avec la partie inférieure-interne du fascia transversalis, va s'insérer au-devant de la symphyse pubienne et à la ligne blanche, en passant derrière la partie supérieure interne de l'anneau inguinal, qu'elle ferme, ainsi, en arrière dans la plus grande partie de son étendue. Cette disposition avait été signalée par Bichat.

Tels sont les éléments du canal inguinal et la manière dont ils sont distribués. Je vais étudier maintenant ce canal tout formé chez l'homme. *Longueur*, 36 millimètres; *direction*, oblique selon une ligne fictive allant de l'orifice externe de ce canal à l'épine iliaque antérieure supérieure; *paroi postérieure*, formée par le fascia transversalis et l'aponévrose de terminaison des faisceaux inférieurs des petits oblique et transverse (voyez la note); *paroi antérieure*, constituée par l'aponévrose du grand oblique; *paroi inférieure*, représentée par la gouttière due à la *portion interne* de cette aponévrose, là où elle se réfléchit un peu pour former le ligament de Gimbernat; *paroi supérieure*, seulement due à quelques faisceaux des muscles petit oblique et transverse; *orifice supérieur*, elliptique, ayant son grand diamètre vertical formé par l'écartement des deux portions du fascia transversalis. Cet orifice est côtoyé inférieurement et à son bord interne par les vaisseaux épigastriques *c* de la fig. 73; il répond à peu près au milieu de l'intervalle qui sépare l'épine iliaque antérieure supérieure de celle du pubis; c'est sur son bord interne que se réfléchissent le cordon spermatique et les viscères formant la hernie oblique; *orifice inférieur*; c'est un anneau ovale, oblique de haut en bas et de dehors en dedans. En se séparant pour former cet anneau, les fibres de l'aponévrose du grand oblique constituent deux faisceaux connus sous le nom de piliers de l'anneau : un, interne ou supérieur, est large et s'insère, en s'entrecroisant avec celui du côté opposé au-devant de la symphyse du pubis; l'autre, externe ou inférieur, étroit et épais (voir au côté droit de la fig. 72), s'insère à l'épine du

(1) Voyez fig. 73, à droite, le commencement du canal inguinal : il est indiqué par un corps cylindrique au-dessous duquel sont des anses du transverse et du petit oblique.

Digitized by Google

pubis, et se continue, par sa partie postérieure et inférieure, avec le ligament de Gimbernat. Les deux piliers sont réunis, à la partie supérieure externe de l'anneau, par quelques faisceaux fibreux qui, nés de l'épine illiaque antérieure supérieure, se portent en bas et en dedans, et, décrivant une courbe à convexité inférieure interne, viennent passer au-dessus de l'extrémité supérieure de l'anneau, qu'elles limitent dans ce sens, en unissant ses deux piliers, et finissent par se confondre, au-dessus de cette ouverture, avec les autres faisceaux de l'aponévrose du grand oblique (voir fig. 72, côté gauche). L'anneau inguinal externe, formé en haut, en dedans et en dehors par l'aponévrose du grand oblique, est complété en bas par la partie du bord supérieur du corps du pubis qui avoisine en dedans l'épine de cet os.

Le *canal inguinal* est parcouru dans toute sa longueur par le cordon spermatique, dont la structure a beaucoup d'importance pour l'étude des hernies. Ce cordon est, comme on sait, formé par la réunion du canal déférent, de l'artère, des veines et des plexus nerveux et lymphatiques du testicule. Tous ces éléments, séparés dans le ventre, sont réunis, une fois arrivés dans le canal, en un faisceau dont les rapports sont assurés par l'enveloppe, plutôt celluleuse que fibreuse, qui naît du pourtour de l'orifice supérieur du canal. Cette enveloppe accompagne le cordon jusqu'au testicule. Le crémaster forme au cordon et au testicule une seconde enveloppe incomplète qui ne recouvre ces parties qu'en avant et sur les côtés, et ne se met en rapport avec le cordon qu'un peu au-dessous de l'anneau inguinal. Une troisième enveloppe est fournie au cordon par le pourtour de l'anneau inférieur; c'est, surtout, du bord externe de cette ouverture qu'on la voit se détacher. Assez résistante et évidemment fibreuse à son origine, elle perd peu à peu ce caractère et devient celluleuse à mesure qu'elle s'étend sur le cordon. On peut la suivre jusqu'au-dessous du testicule.

Dans les premiers mois de la vie intra-utérine, les testicules sont dans l'abdomen, au-dessous des reins. Là, le péritoine les enveloppe et adhère intimement à leur surface. Attiré peu à peu vers les bourses par le *gubernaculum testis* (qui est un petit faisceau du petit oblique), l'organe fait descendre avec lui la portion du péritoine continue à celle qui adhère à sa surface. Ainsi se forme la tunique vaginale qui, dans les premiers temps, communique avec le péritoine, dont elle est un prolongement; mais, plus tard, son collet, puis toute sa portion en rapport avec le cordon s'oblitère, et la tunique vaginale n'a plus de communication avec le péritoine.

Ordinairement, dès le huitième mois de la vie intra-utérine, les testicules sont dans le scrotum, et le collet de la tunique vaginale s'oblitère peu après la naissance Mais il n'est pas rare de voir un des testicules, même les deux, descendre bien plus tard dans le scrotum; ils restent quelquefois dans la cavité abdominale, ou s'arrêtent dans le canal, ou au-devant de l'anneau du grand oblique Il n'est pas très rare non plus de voir la tunique vaginale conserver sa communication avec le péritoine: d'où une prédisposition à la hernie congénitale.

Digitized by Google

La paroi abdominale antérieure est tapissée, du côté de la cavité du ventre, par le péritoine, qui présente à l'orifice supérieur du canal inguinal de l'homme, au-dessus du cordon spermatique, en dehors des vaisseaux épigastriques, une légère dépression infundibuliforme qui rappelle le col de la tunique vaginale, à la période de la vie où elle était en communication avec le péritoine : c'est la *fossette inguinale externe*. Plus près de la ligne médiane, à 24 millimètres, environ, en dedans des vaisseaux épigastriques, le péritoine est soulevé par le cordon résultant de l'oblitération de l'artère ombilicale : de là résultent deux nouvelles fossettes, situées l'une entre cette saillie de l'artère ombilicale et les vaisseaux épigastriques, c'est la *fossette inguinale moyenne*, par laquelle se produit ordinairement la hernie inguinale interne ou directe ; entre cette saillie formée par l'artère ombilicale et le muscle droit, est la *fossette interne;* elle peut, aussi, laisser passer une hernie, qui se forme alors tout près du bord externe du muscle droit, derrière l'anneau inguinal, ou même un peu plus près de la ligne médiane. M. Goyrand a observé cette dernière variété de hernie inguinale (1) ; M. Velpeau l'a décrite sous le nom de hernie inguinale *interne* ou *oblique interne*. Je lui conserverai cette dernière dénomination.

En avant, la paroi abdominale est recouverte par le fascia superficialis, membrane celluleuse qui semble naître de la face antérieure du ligament de Fallope, envoie sur la paroi du ventre un feuillet qui se continue par sa partie inférieure interne avec le dartos. Le feuillet inférieur du fascia superficialis descend sur la partie antérieure de l'aponévrose crurale. Ce fascia est recouvert par le pannicule graisseux ; dans son épaisseur se trouvent l'artère des téguments du ventre et les vaisseaux honteux externes.

L'obliquité du canal inguinal est un puissant obstacle à la formation des hernies. Dans les efforts, les viscères, poussés vers la partie inférieure antérieure du ventre, pressent sur la paroi postérieure du canal, qu'ils appliquent avec plus de force contre la paroi antérieure. Cette paroi postérieure forme, ainsi, une espèce de valvule, qui ferme plus exactement le canal et s'oppose à ce que les viscères flottants s'y engagent ; la paroi postérieure du canal, constituée par la réunion de la partie inférieure interne du fascia transversalis avec l'aponévrose de terminaison des faisceaux inférieurs des muscles petit oblique et transverse, tendue par les contractions de ces muscles, résiste à la pression directe des viscères, qu'elle ne saurait laisser passer qu'en cédant, elle-même, à leur impulsion et se déplaçant devant eux, ou en s'éraillant, ce qui est plus ordinaire.

Après ces notions anatomiques je puis commencer l'histoire de la hernie inguinale avec l'espérance d'être compris.

Variétés. La hernie inguinale offre des variétés si nombreuses qu'il me serait impossible de les énumérer toutes ; mais il en est qui

(1) *Mémoire de l'Académie royale de médecine.* Paris, 1836, t. V, p. 25.

Digitized by Google

se répètent assez souvent, et dont l'importance a été assez généralement reconnue pour que je les étudie ici d'une manière particulière. Les variétés que je vais faire connaître sont surtout déterminées par les points du canal inguinal qui laissent d'abord échapper les organes. La hernie est : 1° *oblique externe* si elle pénètre dans le canal inguinal par un point qui est en dehors de l'artère épigastique, par la *fossette externe*, et si elle parcourt obliquement tout le trajet du canal; 2° *directe*, si elle entre dans le canal par le côté de l'artère épigastrique le plus voisin de la ligne médiane, par ce qu'on appelle la *fossette moyenne :* elle est ainsi appelée parce que son trajet est direct d'avant en arrière; 3° *oblique interne*, si la hernie pousse devant elle la *fossette interne;* 4° enfin on décrit encore à part une hernie *interstitielle* qui, s'introduisant dans le canal comme la première variété, est arrêtée par l'orifice externe de ce canal et se développe dans l'épaisseur des parois abdominales entre les éléments anatomiques qui constituent ce même canal.

1°-*Hernie oblique externe.* La hernie oblique externe est allongée, piriforme, obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans; son sac, situé au-devant et un peu en dehors du cordon, est recouvert : 1° par l'enveloppe, toujours très mince et celluleuse, que fournit au cordon le fascia transversalis; 2° par la tunique érythroïde, qui ne revêt le sac qu'en avant et sur les côtés, et seulement à partir de la partie inférieure du canal inguinal; par la tunique fibro-celluleuse qui, du pourtour de l'anneau externe, descend sur le cordon spermatique. Ces enveloppes du cordon, minces et faibles quand il n'existe pas de hernie ou quand la hernie est récente, sont épaisses et denses dans les cas de hernies anciennes et volumineuses.

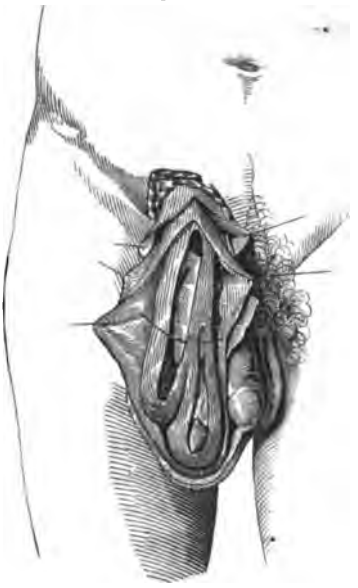
Cette hernie est congénitale ou accidentelle.

La hernie inguinale *congénitale*, qui devrait plutôt s'appeler *vaginale*, diffère de la hernie oblique *accidentelle*, qui est la plus ordinaire, en ce que la tunique vaginale, communiquant encore avec le péritoine, en forme le sac; on l'observe le plus souvent dans les premiers temps de la vie. Cependant, si on se rappelle ce que j'ai dit sur la migration tardive du testicule, sur la communication que la tunique vaginale conserve quelquefois avec le péritoine, on ne sera pas étonné de voir la hernie de la tunique vaginale se former quelquefois chez l'adulte. On a vu la hernie de la tunique vaginale s'étrangler au moment même où elle se produit. MM. les professeurs

Digitized by Google

Roux, Velpeau, Bérard, ont fait des observations de ce genre. Cette hernie n'était pas bien connue avant Pott et J. Hunter (1). Du reste, la tunique vaginale a avec le cordon spermatique les mêmes rapports que le sac de la hernie ordinaire; elle a les mêmes connexions avec les autres enveloppes de la hernie, et ne diffère de ce sac qu'en ce qu'elle descend plus bas dans le scrotum, et renferme le testicule, qui se trouve à sa partie inférieure et postérieure, et cela en contact immédiat avec les organes herniés, lesquels contractent quelquefois avec lui de solides adhérences. J.-L. Petit n'a nié la possibilité de ces adhérences que parce qu'il ne connaissait pas la hernie congénitale (tom. II, pag. 386). La fig. 74 représente deux sacs; le plus interne n'est autre que la tunique vaginale; on a enlevé les organes herniés : on voit dans le fond le testicule qui était en contact avec les organes déplacés. L'autre sac, l'externe, est accidentel; il communique cependant avec la tunique vaginale : un stylet très délié indique cette communication. Ce sont les hernies congénitales qui offrent ordinairement les doubles sacs : ceux-ci sont le plus souvent parallèles; A. Cooper a fait reconnaître une hernie congénitale qui présente deux sacs superposés. Dans la tunique vaginale existe alors un second sac qui renferme la hernie; ce sac, attaché en haut, par son collet, à tout le pourtour de l'orifice de la tunique vaginale, est très mince, transparent, descend dans cette tunique, avec laquelle il a ordinairement contracté quelques adhérences. A. Cooper a décrit cette espèce de hernie congénitale d'après deux faits qui lui ont été communiqués par Forster; il l'appelle hernie congénitale enkystée. Hunt a opéré une hernie de cette espèce chez un enfant de vingt-neuf jours (2).

Fig. 74.



(1) *Œuvres complètes*, Paris, 1841.

(2) *Journal universel des sciences médicales*, t. XII, p. 236.

Digitized by Google

A. Cooper explique ainsi la formation de la hernie congénitale enkystée : la tunique vaginale s'étant oblitérée seulement à la hauteur de l'anneau inguinal, le péritoine forme, au-dessus, un entonnoir dans lequel les viscères flottants du ventre se sont engagés. Ces viscères, pressant de haut en bas sur les adhérences qui oblitéraient le collet de la tunique vaginale, les ont allongées, et s'en sont pour ainsi dire coiffés. Si ce kyste n'a pas pris beaucoup de développement, il n'occupera que la partie supérieure de la tunique vaginale. La hernie congénitale enkystée ne peut se former que peu de temps après que l'orifice de la tunique vaginale s'est oblitéré, avant que la portion de cette tunique qui répond au cordon se soit oblitérée et transformée en tissu cellulaire. Mais les sacs secondaires sont plus souvent parallèles (voyez fig. 74).

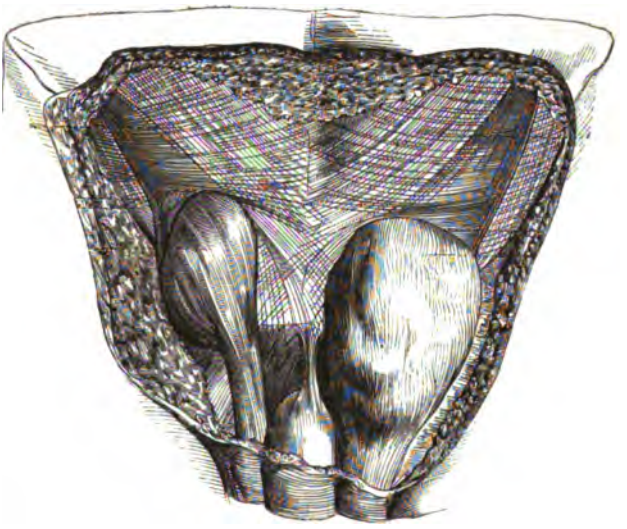
La hernie inguinale oblique, qu'elle soit ou non congénitale, est toujours en rapport, par les côtés inférieur et interne de son collet, avec l'artère épigastrique et les deux veines qui l'accompagnent; elle sort de l'abdomen par la *fossette* inguinale externe (voyez fig. 73, *c*). Le faisceau vasculaire et nerveux qui forme le cordon spermatique est, ordinairement, situé au-dessous des organes déplacés dans le canal inguinal, et se trouve à leur partie interne postérieure quand ils ont franchi le canal. Mais il n'en est pas toujours ainsi; car quelquefois le sac se glisse entre les éléments du cordon, qui sont alors dissociés, étalés, épanouis de diverses manières autour de cette poche. Le plus souvent, c'est quand la hernie a franchi le canal qu'elle s'insinue ainsi entre les vaisseaux. Alors, ceux-ci, encore réunis en faisceau sous le collet de la hernie, descendent sur ses côtés en se portant en avant, et convergent enfin jusqu'au testicule, qui se trouve au-devant de la partie inférieure du sac. Dans ce cas, le canal déférent côtoie ordinairement le côté interne du sac; les vaisseaux sont placés à son côté externe, et les différents éléments du cordon se réunissent au-devant de sa partie inférieure. Cependant James Shepperd a vu, dans un cas, les vaisseaux au côté interne du sac, et en avant, se trouvait le canal déférent, qui fut divisé pendant l'opération. Le même accident est arrivé à Hey, dans un cas analogue. La disjonction des divers éléments du cordon ne se rencontre pas seulement dans les hernies anciennes et volumineuses, comme on l'a cru; A. Cooper a vu chez un enfant une petite hernie formée par une anse d'intestin grêle entièrement adhérente au sac autour duquel les éléments du cordon se trouvaient disséminés. Les

Digitized by Google

vaisseaux étaient en avant, et le canal déférent en arrière. Dans ce cas, le sac s'était glissé entre le canal déférent et les vaisseaux (pag. 222). Enfin, des observateurs ont dit avoir vu le cordon entier au-devant du sac.

2° *Hernie directe.* La hernie inguinale *directe* sort de l'abdomen en forçant la paroi postérieure du canal par la *fossette inguinale moyenne* au lieu de parcourir ce canal, comme l'a fait la hernie

Fig. 75.



oblique. L'ouverture de la paroi postérieure du canal qui lui livre passage est arrondie. Cette hernie arrive au dehors en suivant un trajet à peu près direct. Elle n'est pas cylindrique, comme la hernie oblique, mais forme au-devant de l'anneau une tumeur globuleuse qui repousse vers la ligne médiane le pilier interne de cet anneau. Elle n'est pas, comme la hernie oblique, contenue dans la gaîne propre du cordon, et ne se met en rapport avec ce faisceau vasculaire qu'à son passage à travers l'anneau du grand oblique. A l'extérieur, cette hernie n'est pas recouverte par le crémaster (A. Cooper, pag. 281), mais est enveloppée par la gaîne que fournit au cordon le pourtour de l'anneau externe. Le cordon spermatique répond à sa partie postérieure externe, tandis qu'il est situé au côté interne postérieur de la hernie oblique. J'ai dit qu'en se dé-

Digitized by Google

veloppant, la hernie oblique descendait naturellement dans le scrotum : la hernie directe, au contraire, se développe au-devant de l'anneau, et ne gagne le fond des bourses que quand elle devient très volumineuse. La hernie directe est en rapport avec les vaisseaux épigastriques par le *côté externe* de son collet. La fig. 75 représente deux hernies inguinales auxquelles on n'a laissé que l'enveloppe séreuse, le sac. Elles ne sont pas encore scrotales, surtout la droite qui est une hernie inguinale *oblique externe* peu volumineuse : la gauche est une hernie *directe*. Ces deux hernies ont été trouvées par M. Demeaux sur le cadavre ; elles sont représentées ainsi dans l'ouvrage de M. Bourgery.

La hernie inguinale directe n'est pas rare. Suivant M. J. Cloquet, elle serait à la hernie oblique comme 2 est à 5. A. Key la croit beaucoup moins fréquente. Cline fut le premier à l'observer, et la décrivit en 1777 (A. Cooper). Desault et Chopart savaient que les vaisseaux épigastriques étaient situés tantôt au côté interne, tantôt en dehors du collet du sac, et avaient remarqué que dans le premier cas le cordon était situé en arrière et en dedans du sac, tandis que dans le second cas ils se trouvaient en dehors et en arrière.

3° *Hernie oblique interne.* Elle sort de l'abdomen par une perforation que présente le fascia transversalis, entre le bord externe du muscle droit et le cordon résultant de l'oblitération de l'artère ombilicale, ce qui constitue la *fossette interne*. Cette espèce de hernie avait été représentée dans l'atlas qui accompagne le traité des hernies d'A. Cooper. La pièce que Cooper a fait graver présente trois hernies inguinales de chaque côté, sortant toutes en dedans des vaisseaux épigastriques. Sur ces six hernies, il en est une de chaque côté qui sort par la fossette inguinale interne. Cette dernière particularité n'avait pas fixé l'attention du chirurgien de Londres. M. Goyrand a rencontré la hernie inguinale interne en 1832 (*Gazette des hôpitaux*, t. V, pag. 478). Le chirurgien d'Aix a reproduit ce fait en 1835, dans son Mémoire sur la hernie inguino-interstitielle (1), et a bien distingué, dans ce travail, la hernie inguinale interne de la hernie directe. Enfin, MM. Velpeau et Demeaux ont publié de nouveaux faits et insisté davantage sur cette espèce de hernie.

La hernie inguinale oblique interne a les mêmes enveloppes que

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, t. V, pag. 25.

Digitized by Google

la hernie directe, dont elle diffère par la direction qu'elle suit pour se porter au dehors, et par les rapports de son collet avec les vaisseaux épigastriques. Tandis que la hernie directe suit un trajet direct d'arrière en avant, ou même un peu oblique en dedans, la perforation du fascia transversalis se trouvant un peu en dedans de l'anneau du grand oblique, la hernie en question interne se porte ordinairement un peu en dehors pour arriver vers ce même anneau; de là le nom de hernie oblique interne que M. Velpeau lui a donné.

Quant aux rapports du pédicule de cette hernie, les vaisseaux épigastriques sont à son côté externe; mais, tandis qu'ils sont très près du pédicule de la hernie directe, ils sont séparés de celui de la hernie interne par toute la largeur de la fossette inguinale moyenne, c'est-à-dire par un intervalle de deux centimètres au moins (1).

L'artère ombilicale est très près du côté externe du collet du sac de la hernie inguinale interne; mais c'est là une particularité anatomique assez peu importante; car on sait combien il est rare que l'artère ombilicale soit perméable sur ce point.

La hernie inguinale peut sortir du canal en passant à travers une éraillure de l'aponévrose du grand oblique, au lieu de passer par l'anneau. J.-L. Petit a disséqué une hernie qui s'était faite à travers un écartement des fibres du pilier externe de l'anneau. Cette hernie, qui avait la forme, le volume et la dureté d'une olive, avait donné lieu aux accidents les plus graves.

Une pareille hernie n'est recouverte d'aucune des enveloppes du cordon. Si l'éraillure qui lui donne passage est située au-dessus de l'anneau crural, elle pourra, comme le fait observer J.-L. Petit, se porter dans le pli de l'aine, et être prise ensuite pour une hernie crurale (2).

3° *Hernie inguino-interstitielle.* Les hernies inguinales déjà étudiées se développent en dehors du canal. Mais qu'on suppose l'anneau du grand oblique étroit et résistant, et on concevra le développement de la hernie dans le canal inguinal et les interstices de la paroi du ventre. L'étroitesse de l'anneau et la longueur du canal sont deux

(1) Voyez l'observation de M. Velpeau, *Annales de chirurgie*, Paris, 1841, t. I, p. 263, et celle de Demeaux, même volume, p. 475.

(2) J.-L. Petit, t. II, p. 249.

Digitized by Google

circonstances très propres à favoriser le développement de la hernie dans les interstices de la paroi du ventre; ces deux conditions se rencontrent à un haut degré chez la femme. J.-L. Petit avait vu plusieurs *hernies inguinales situées sous l'aponévrose du grand oblique.* Depuis cette époque, la plupart des chirurgiens ont parlé de cette espèce de hernie; plusieurs d'entre eux ont publié des faits qui s'y rapportent (Hesselbach, A. Cooper, A. Key, Goyrand, Dance, Velpeau). Mais le travail le plus complet et le plus important sur cette variété de la hernie inguinale est celui de M. Goyrand (1).

La hernie inguino-interstitielle s'engage ordinairement dans l'épaisseur de la paroi du ventre, par l'orifice supérieur du canal; mais elle peut aussi y arriver à travers la paroi postérieure du canal, par les fossettes inguinales moyenne et interne, comme l'ont vu MM. Goyrand (*loc. cit.*, p. 25) et le professeur Velpeau (*Ann. de chir.*, t. I, pag. 258). Quand elle est petite, sa forme diffère suivant qu'elle est oblique ou directe. Dans le premier cas, elle est allongée selon la direction du canal inguinal; dans le second, elle forme une ampoule sphéroïde; mais, en se développant, elle prend toujours la forme d'un ovoïde aplati d'avant en arrière, dont le grand diamètre a la direction du canal inguinal, et s'étend quelquefois des environs de l'épine iliaque antérieure supérieure à l'anneau du grand oblique. Pour venir occuper le canal inguinal, la hernie suivra une direction différente, suivant qu'elle sera externe, directe ou interne : aussi M. Goyrand a-t-il remarqué que la hernie inguino-interstitielle interne qu'il a disséquée *avait son grand axe dirigé obliquement de dedans en dehors et d'arrière en avant, de manière*, dit-il, *à croiser par un angle droit l'axe de la hernie inguinale externe.*

Dans certains cas, la hernie inguino-interstitielle envoie un prolongement au dehors, à travers l'anneau (A. Key, Lawrence, Goyrand). Le collet de cette hernie, circulaire et dont les bords minces sont tranchants, a avec les vaisseaux épigastriques les mêmes rapports que le collet de la hernie inguinale externe. Ces vaisseaux sont situés à sa partie inférieure et interne si la hernie s'est faite par l'orifice supérieur du canal, et à son côté externe si elle est sortie par les fossettes inguinales moyenne et interne.

(1) *De la hernie inguino-interstitielle, Mémoires de l'Académie de médecine.* Paris, 1836, t. V, p. 14.

Digitized by Google

Le sac répond en arrière au fascia transversalis, à l'aponévrose de terminaison des muscles petit oblique et transverse, à quelques uns des faisceaux inférieurs de la partie charnue de ces muscles. Les vaisseaux épigastriques sont contenus dans l'épaisseur de la paroi postérieure de la cavité qui renferme la hernie. En avant, le sac est en rapport avec l'aponévrose du grand oblique, qu'il soulève plus ou moins avec quelques uns des faisceaux inférieurs du petit oblique et l'origine du crémaster. Quelques faisceaux des muscles petit oblique et transverse, courbés en arc de cercle pour s'accommoder à sa convexité, le recouvrent à sa partie supérieure. Enfin il est en rapport inférieurement avec le ligament de Fallope et le cordon spermatique ou le ligament rond de l'utérus.

Si les viscères se sont d'abord engagés dans l'orifice supérieur du canal, le sac est contenu avec le cordon dans l'enveloppe que celui-ci reçoit du fascia transversalis. Cette enveloppe manque à la hernie quand elle s'est opérée d'abord par les fossettes inguinales moyenne ou interne.

Si la hernie inguino-interstitielle est congénitale, ce qui arrive fréquemment, le testicule est à nu à la partie inférieure de la tunique vaginale qui forme le sac (A. Cooper, A. Key, Goyrand, Dance, Dupuytren).

M. Lucas a opéré une hernie inguino-interstitielle congénitale enkystée. Le sac était contenu dans la tunique vaginale, qui se trouvait, avec le testicule, dans le canal inguinal et l'interstice de la paroi du ventre. Le collet de la tunique vaginale entourait complétement le collet du sac, avec lequel il se continuait (A. Cooper, p. 291).

Quand la hernie interstitielle envoie un prolongement à travers l'anneau, ce prolongement a, avec le cordon et ses enveloppes, les mêmes rapports que la hernie inguinale externe Si la hernie est congénitale, son prolongement extérieur ne saurait être recouvert par toutes les enveloppes du cordon, puisque celui-ci n'a pas franchi l'anneau. M. Goyrand a eu occasion de disséquer une hernie de ce genre, ayant son siége du côté droit, chez un vieillard qui était mort d'apoplexie; ce chirurgien n'a pu trouver d'autre enveloppe au prolongement extérieur qu'un feuillet fibreux qui, né du pourtour de l'anneau, était uni au sac par une couche celluleuse très mince, ce qui fait penser à M. Goyrand que l'enveloppe fibreuse extérieure du cordon résulte de l'allongement d'une lame de même

Digitized by Google

nature qui doit fermer l'anneau inguinal avant la sortie du testicule, et qui, dans ce cas, avait cédé devant le prolongement extérieur du sac, comme elle s'allonge ordinairement devant l'organe séminal. Peut-être une dissection plus minutieuse eût-elle fait découvrir entre cette enveloppe fibreuse et le sac un feuillet délié, prolongement du fascia transversalis, provenant du pourtour de l'orifice supérieur du canal.

Considérons maintenant les hernies inguinales dans leur ensemble.

Nombre. Plusieurs hernies inguinales peuvent exister en même temps. Il est très ordinaire de rencontrer chez le même sujet une hernie inguinale oblique de chaque côté. Deux hernies inguinales, dont l'une oblique et l'autre directe, peuvent très bien exister du même côté. J'ai représenté un cas semblable fig. 75. A. Cooper a vu, chez un sujet atteint d'un rétrécissement de l'urètre, six hernies inguinales directes ou internes, trois de chaque côté. M. Goyrand a observé une hernie inguino-interstitielle d'un petit volume coïncidant avec une hernie scrotale ancienne et très volumineuse du même côté. Cette dernière était libre, tandis que l'autre était étranglée (1).

Volume. Le volume de la hernie inguinale varie infiniment. Avant d'avoir franchi l'anneau, elle est souvent assez petite pour être inaperçue par les chirurgiens qui n'ont pas l'habitude d'observer ces maladies; mais, pour un vrai praticien, la vue seule lui indique que la hernie pointe, surtout si le sujet n'a pas beaucoup de tissu cellulaire. Ces difficultés dans le diagnostic des hernies qui ne font que *pointer* ont favorisé les erreurs des ignorants et les manœuvres de certains charlatans. Ainsi on a attribué à des dérangements de l'estomac et à d'autres lésions de l'abdomen des symptômes produits par des hernies commençantes. Et d'un autre côté, on a déclaré guéries radicalement, par certains bandages, des hernies qui n'avaient jamais existé. Il est bon que l'élève connaisse ces deux circonstances, qui donnent lieu à des erreurs volontaires et involontaires.

Quand la hernie oblique est arrivée dans le scrotum, elle peut devenir énorme, et être composée de presque tous les viscères abdo-

(1) *Observation communiquée à l'Académie royale de médecine*, séance du 27 octobre 1835.

Digitized by Google

minaux. A. Cooper parle d'une hernie scrotale descendant jusqu'aux genoux; elle avait 625 millimètres de longueur, 905 de circonférence (pag. 219). La hernie inguinale directe acquiert rarement un très grand volume. Il est rare aussi que la hernie inguinale devienne très volumineuse chez les femmes; cependant A. Cooper a observé chez elles deux cas de hernies inguinales énormes. Dans un de ces cas, le bandage ordinaire était inapplicable, et on était obligé de soutenir la hernie avec une espèce d'écharpe qui passait sur les épaules et entre les cuisses, et embrassait la tumeur. Dans l'autre cas, la distension du sac et des téguments occasionna une gangrène des enveloppes de la hernie et de l'intestin, qui fut suivie d'un anus contre nature (A. Cooper, 287).

Modifications des parties constituantes. Les diverses altérations des viscères déplacés et des enveloppes des hernies décrites en parlant des hernies en général, sont remarquables dans la hernie inguinale ancienne. Ainsi les sacs à plusieurs collets sont plus fréquents dans la hernie inguinale que dans aucune autre. On les rencontre plus souvent dans la hernie congénitale que dans la hernie accidentelle. Il n'est pas rare d'y rencontrer la dégénérescence épiploïforme du tissu cellulaire qui double le sac. Souvent aussi ce tissu cellulaire se condense en feuillets minces et multipliés. Le crémaster acquiert une épaisseur considérable; ses faisceaux rougissent et prennent un aspect charnu plus prononcé. L'enveloppe que le cordon reçoit du pourtour de l'anneau s'épaissit, et revêt à un haut degré le caractère fibreux. A. Cooper l'a vue aussi épaisse et aussi résistante que le fascia lata (pag. 219).

La compression du cordon par une hernie volumineuse qui n'est pas habituellement contenue peut être une des causes du varicocèle, de l'engorgement chronique du cordon, de l'hydrocèle, et cela surtout chez les vieillards. Dans la hernie congénitale, la pression directe exercée par les viscères sur le testicule tend à atrophier cet organe.

Symptômes. La hernie inguinale externe, dans les premiers temps de son existence, a un pédicule allongé, oblique comme le canal qu'elle parcourt; mais quand elle est longtemps abandonnée à elle-même, les deux orifices du canal se dilatent, et comme les parois se raccourcissent en proportion, ces orifices semblent marcher l'un vers l'autre, pour se joindre et ne former qu'une seule ouverture qui aurait alors deux anneaux : l'orifice supérieur cède par son côté

Digitized by Google

ligne tirée de l'épine iliaque antérieure supérieure au pubis. Cette tumeur est molle, et disparaît dans la position horizontale ou sous une légère pression. Si l'aponévrose du grand oblique est épaisse, le tissu cellulaire des parois abdominales abondant et la hernie petite, celle-ci ne fera pas de saillie.

Une fois sortie de l'anneau externe, la hernie *inguinale oblique externe* (fig. 78) forme une tumeur piriforme, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, ayant sa grosse extrémité tournée vers les bourses, et son pédicule dans le canal inguinal. Chez la femme, la hernie oblique complète présente à l'anneau inguinal un rétrécissement séparant deux lobes, dont l'un, souvent peu saillant, occupe le canal; l'autre est au-devant et au-dessous de l'anneau et dans la grande lèvre (voyez fig. 77, côté gauche). Dans les commencements de la hernie chez l'homme, on voit quelquefois ce petit renflement supérieur (fig. 78 *a*).

Quand la hernie inguinale est descendue dans les bourses, sa grosse extrémité se trouve ordinairement en avant et au-dessus du testicule. Il peut cependant arriver que le testicule soit au-devant du fond du sac herniaire. J'ai vu cette disposition dans un cas où le sac s'était engagé d'avant en arrière entre les différents éléments du cordon. Enfin, si la hernie est congénitale, le testicule se trouve englobé dans la tumeur.

Tels sont en général les caractères de la hernie inguinale. Voyons à l'aide de quels signes on parviendra à distinguer les diverses variétés de cette maladie.

Diagnostic. La hernie *inguino-interstitielle congénitale* se distinguera de l'accidentelle par l'absence du testicule dans le scrotum et sa présence dans le canal, et la le toucher et son mode de sensibilité à la pression le feront aisément reconnaître, après la réduction de la hernie.

Dans la hernie *scrotale congénitale*, le scrotum est court, plus large à sa partie supérieure qu'inférieurement : disposition inverse de celle qu'on observe dans la hernie accidentelle. Cette hernie arrive, dès sa production, au fond des bourses, le testicule s'y trouve englobé. A ces caractères, qui avaient échappé à l'esprit observateur de Pott, on ne peut guère méconnaître la hernie *congénitale testiculaire.* Je ne connais pas aux hernies congénitales *funiculaire* et *enkystée* de caractères qui puissent les faire distinguer sûrement des hernies accidentelles.

Digitized by Google

La hernie *directe* diffère de l'oblique en ce que, au lieu d'avoir une direction oblique et une forme cylindrique, elle sort du ventre directement, en soulevant même quelquefois le pilier interne de l'anneau, au-devant duquel elle forme une tumeur globuleuse, qui peut grossir beaucoup sans se porter à la partie inférieure des bourses. Elle en diffère en ce que le cordon, au lieu d'être à son côté interne postérieur, est situé à son côté externe, où on le reconnaît facilement; car dans cette hernie, les éléments du cordon ne sont jamais séparés. Elle en diffère, enfin, en ce qu'on la réduit facilement par une pression directe, et qu'après la réduction, on peut reconnaître dans l'ouverture abdominale un simple anneau pénétrant directement dans la cavité ventrale. On notera cependant que la hernie directe et la hernie oblique se distingueront bien l'une de l'autre tant qu'elles seront récentes; mais si, en vieillissant, la première grossit beaucoup et gagne le fond des bourses, il deviendra fort difficile de la distinguer d'une hernie oblique ancienne; car, comme je l'ai déjà démontré, par le rapprochement de ses deux orifices, le canal inguinal est transformé en une ouverture annulaire. Mais, dans ces cas, si on réduit bien la hernie, en enfonçant le doigt dans l'anneau, on sent battre l'artère épigastrique en dedans, vers le pubis, si la hernie est *oblique*, en dehors vers l'épine iliaque, si la hernie est directe. C'est M. Maisonneuve qui m'a indiqué ce point de diagnostic, que je n'ai pas encore vérifié.

Dans la hernie *oblique interne*, le pédicule aura ordinairement une direction oblique en bas et de dedans en dehors. On ne pourra guère établir, d'après ce caractère, un diagnostic positif; mais quand on constatera cette direction du pédicule de la hernie, on sera fondé à penser que la hernie est interne et non directe.

La hernie inguinale ne saurait être confondue avec l'hydrocèle, dont le développement, beaucoup plus lent, se fait de bas en haut; l'hydrocèle n'augmente pas de volume par la toux et la position verticale; elle est fluctuante, demi-transparente, présente une surface parfaitement égale, ne laisse pas distinguer par le toucher le testicule qui baigne dans la poche aqueuse, et n'est nullement douloureuse à la pression. D'ailleurs, presque toujours il existe entre la partie supérieure de l'hydrocèle et l'anneau un intervalle qui rend cette erreur de diagnostic impossible. La fig. 76 représente un type de tumeur formée par l'hydrocèle; elle est très régulièrement pyriforme par son poids; elle tiraille la partie supérieure des bourses et

Digitized by Google

la on verra une saillie (fig. 78 *a*), ici est une dépression (fig. 76). Cependant A. Cooper a observé une hydrocèle qui s'engageait profondément dans le canal inguinal. Une pareille hydrocèle a la même forme qu'une hernie scrotale, se dilate comme elle dans les efforts de toux. Le testicule est perdu dans la tumeur; mais c'est là un caractère commun à la hernie congénitale et à l'hydrocèle. Dans ce cas, la transparence de la tumeur, la fluctuation qui s'y fait sentir, serviront de base au diagnostic. Un signe commémoratif d'une grande valeur, dans ces cas douteux, se tirera du mode de développement de la tumeur. La hernie se développe de haut en bas, tandis que l'hydrocèle grossit de bas en haut.

Fig. 76.

L'hydrocèle enkystée du cordon sera facile à distinguer de la hernie, si elle est tout entière située au-dessous de l'anneau; mais si elle remontait au-dessus de cette ouverture, si la fluctuation et la transparence n'étaient pas bien évidentes, il pourrait rester des doutes sur la nature de la tumeur. Si on opère une hydrocèle de ce genre, dont le diagnostic ne soit pas établi de la manière la plus précise, on devra user des plus grandes précautions.

Enfin, si la communication primitive entre la tunique vaginale et le péritoine est conservée, la sérosité passe de l'une à l'autre de ces cavités. Dans ce cas, la tumeur scrotale disparaît pendant la position horizontale, surgit par la position verticale, s'accroît par la toux. Si le sujet est atteint d'ascite, cette tumeur peut acquérir un volume énorme. La transparence et la fluctuation feront distinguer la tumeur aqueuse d'une hernie congénitale; mais le sujet chez lequel

Digitized by Google

existe une pareille disposition a souvent en même temps, ou ne saurait tarder à avoir une hernie, et la prudence veut qu'il porte un bandage, comme si la hernie existait.

Le testicule arrêté à l'anneau y forme une tumeur qui pourrait être prise pour une hernie; mais l'absence de l'organe à sa place ordinaire, la forme de la tumeur, la douleur vive et caractéristique que la pression y fait naître, feront distinguer le testicule d'une hernie.

Il est enfin une variété de la hernie congénitale qui a été observée par Pott, par A. Cooper, décrite avec soin par Dupuytren, et dont le diagnostic peut présenter des difficultés, en ce que de l'eau, une anse d'intestin et le testicule s'y trouvent tour à tour ou simultanément sous les doigts de l'observateur. Voici quelle est la disposition de cette hernie : quand le testicule, retardé dans sa marche, est dans le canal ou à l'anneau, il peut arriver que la tunique vaginale encore en communication avec le péritoine, poussée au dehors par la sérosité péritonéale ou les viscères flottants de l'abdomen, forme au-devant de l'anneau un sac dans lequel ces viscères s'engagent. Si le sac contient beaucoup de sérosité, la tumeur sera transparente. On conçoit que cette tumeur puisse être prise pour une hydrocèle; qu'on puisse n'y voir qu'un testicule à son passage à travers l'anneau ou une hernie. Eh bien ! elle est tout cela à la fois. Si on l'examine avec soin, on reconnaîtra sa nature. Pour éviter l'erreur, il faut examiner le malade debout, lui commander quelques efforts pour déterminer la sortie de tout ce qui peut s'engager dans le sac. On fait ensuite coucher le malade, et une légère pression fait rentrer le liquide sans bruit. La transparence et la fluctuation disparaissent avec le liquide. La tumeur est alors moins consistante. Continuez le taxis, l'intestin rentre en faisant entendre du gargouillement; il ne reste plus à l'anneau qu'une tumeur arrondie, molle, irréductible, ou qui ne remonte pas haut dans le canal, et qui est très sensible à la pression : c'est le testicule.

Les engorgements blennorrhagiques, vénériens, tuberculeux ou squirrheux du testicule se distingueront de la hernie par leurs caractères propres, et par un caractère commun à toutes ces lésions, et qui exclut l'idée de la hernie : c'est l'intervalle qui existe entre la partie supérieure de la tumeur et l'anneau inguinal. Il est vrai qu'il est des dégénérescences du testicule qui ne présentent pas ce caractère; ce sont les cancers du testicule avec propagation du mal au

Digitized by Google

cordon; alors surgissent mille circonstances qui ne peuvent plus permettre le doute. Le varicocèle a quelques points de ressemblance avec certaines hernies épiploïques : il grossit dans la position verticale et s'affaisse dans la position horizontale et sous la pression des doigts. Pour reconnaître la nature de la maladie, en ce cas, A. Cooper conseille de réduire la tumeur, d'appliquer ensuite exactement le bout des doigts sur l'anneau, et de faire marcher le malade. Si on a affaire à une hernie, dit-il, elle ne pourra pas sortir; si c'est un varicocèle, la compression qu'on exerce sur les veines du cordon fera grossir la tumeur. Il y a une épreuve qui vaut bien mieux : c'est de laisser le malade couché; on chauffe la tumeur, qui se dilate si c'est un varicocèle, et qui ne change pas si c'est une épiplocèle.

On a vu une épiplocèle former à la partie supérieure du scrotum une tumeur qui a été prise pour un troisième testicule. L'épiploon squirrheux hernié pourrait être pris pour un sarcocèle; mais la nature de la douleur qu'occasionne la pression d'un testicule fera reconnaître que la tumeur épiploïque, qu'on pourrait prendre pour un testicule, n'en est pas un, et fera distinguer le testicule au-dessous de l'épiploon squirrheux.

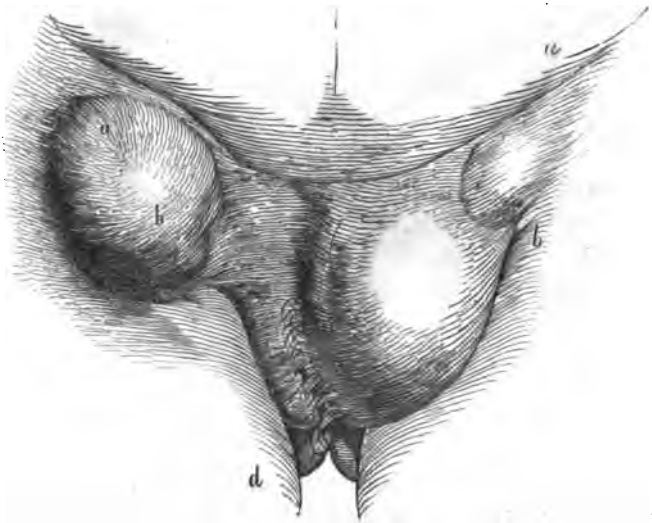
La coïncidence d'une hernie inguinale avec une des affections du testicule ou du cordon que je viens d'énumérer ne rendra pas le diagnostic beaucoup plus difficile. Il suffira de distinguer les signes propres aux deux affections; d'ailleurs la réduction de la hernie ramènera l'autre lésion à son état de simplicité.

Les diverses maladies du testicule et du cordon étant les lésions qui peuvent le plus facilement être confondues avec la hernie, on comprend que les erreurs de diagnostic seront bien plus rares chez la femme que chez l'homme. Cependant, chez la femme, il y aura une autre erreur à éviter; il faudra bien distinguer la hernie inguinale de la hernie crurale : dans les cas ordinaires, il suffit d'un peu d'attention pour éviter la méprise. Dans la hernie inguinale, en effet, le ligament de Fallope est au-dessous et l'épine pubienne en dehors du collet du sac; tandis que, dans la hernie crurale, l'épine pubienne est en dedans, et le ligament de Fallope en dessus. Mais si, par l'effet de la séparation prématurée des deux piliers, la hernie inguinale descend au-devant de l'anneau crural, il pourra arriver au praticien le plus exercé de la prendre pour une hernie crurale, si elle est irréductible. M. Roux s'y est trompé, dans un cas d'étranglement, et a débridé en dedans, croyant porter le bistouri

Digitized by Google

sur le ligament de Gimbernat. Heureusement cette hernie inguinale était directe, comme le prouva l'autopsie ; car, si elle eût été oblique, l'artère épigastrique eût été infailliblement lésée (1). Voici deux figures qui sont destinées à éclairer le diagnostic différentiel de la hernie inguinale et crurale. La fig. 77 montre une hernie inguinale

Fig. 77.



oblique externe chez la femme à gauche ; à droite est une hernie crurale *a*, *b*. La hernie inguinale descend dans la vulve ; on voit que la grande lèvre est repoussée du côté droit : à l'aine, en haut, est un petit renflement entre *a*, *b*, qui ressemble à une petite tumeur ; une ligne courbe à concavité externe indique un resserrement dû à l'anneau externe du canal inguinal. En comparant la forme de la hernie crurale qui est à droite, sa position, avec la forme, la position, la direction de la première hernie, on doit arriver à de bonnes indications pour le diagnostic différentiel. La fig. 78 représente une hernie inguinale oblique externe chez l'homme adulte. On voit qu'elle est pour ainsi dire formée par deux tumeurs, une supérieure, petite, qui est en rapport avec le canal ; un resserrement au-dessous est formé par l'anneau inguinal externe qui sépare les deux tumeurs ; après la tumeur la plus volumineuse est un autre resserrement qui indique la séparation de la hernie du testicule : à droite est une hernie crurale ; on constatera que son grand

(1) *Lancette française*, t. II, p. 302.

Digitized by Google

axe n'est pas le même, elle ne présente pas de renflement supérieur et ne descend pas dans les bourses.

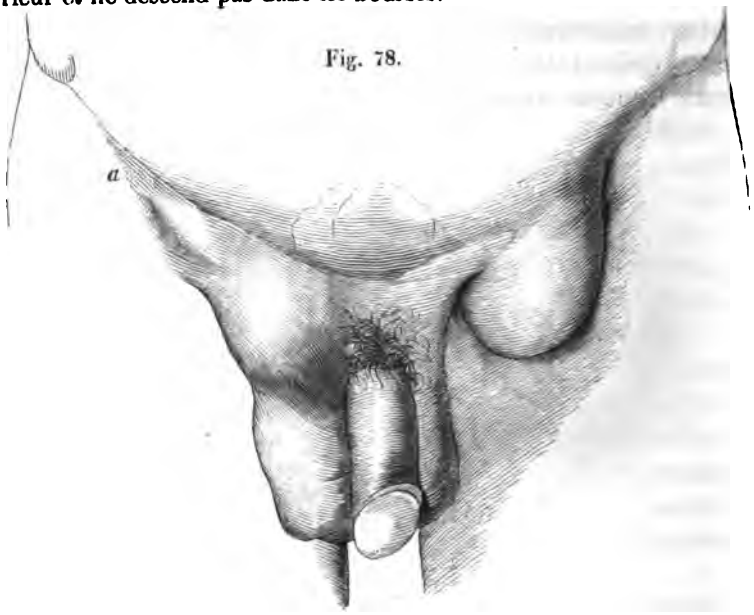


Fig. 78.

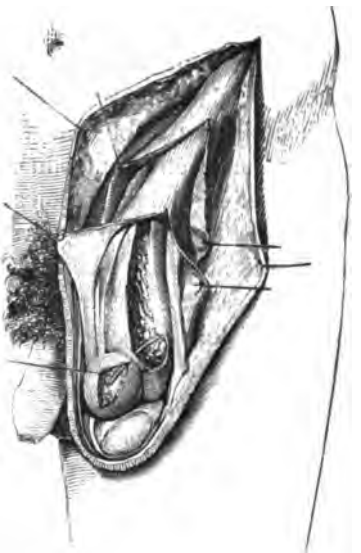
Complications. Ce sont les hernies inguinales qui en présentent le plus; presque tout ce que j'ai dit des sacs multiples s'applique à la hernie inguinale. Ainsi, quand j'ai traité du *sac* en général, j'ai parlé du sac biloculaire, et j'en ai représenté un appartenant à une hernie crurale chez l'homme. La figure 80 est une hernie inguinale à sac biloculaire, et les deux loges sont ouvertes. Le renflement *b* offre l'épiploon et une

Fig. 79.

Digitized by Google

anse intestinale : le renflement *d* qui est l'inférieur ne contient que de l'épiploon : *c* indique le point de séparation des deux sacs superposés. (Bourgery, t. I, d'après une pièce de M. Demeaux). Cette figure 80 montre de plus les rapports de l'intestin avec l'épiploon, quand ces deux parties sont ensemble dans une hernie. On constate bien ici que l'épiploon précède l'intestin, car il est plus bas. On voit aussi que l'intestin est plus profond que l'épiploon, car celui-ci le recouvre. Voici une des complications les plus remarquables (fig. 80). C'est un *sac* sur une paroi latérale d'un autre sac; le premier sac, le grand, communique avec le petit par sa paroi interne, où on voit un petit stylet qui va de l'un à l'autre. Ces deux sacs renferment de l'épiploon. Au-dessous du petit est le testicule qu'on a mis à nu en ouvrant la tunique vaginale.

Fig. 80.



Pronostic. La hernie inguinale a bien moins de gravité chez les jeunes enfants qu'aux autres époques de la vie. Chez les premiers, pourvu qu'on ait le soin de la contenir exactement, sa guérison est à peu près assurée; cette guérison est un effet naturel de l'allongement que subit le canal par le développement du bassin, allongement qui tend à éloigner de plus en plus l'un de l'autre les deux orifices. Cet allongement du canal est surtout prononcé et rapide chez les jeunes filles, quand arrive l'âge de puberté. La présence du testicule à l'anneau rend la hernie beaucoup plus grave, en empêchant qu'elle soit contenue d'une manière exacte.

Accidents. Je n'ai rien à dire sur l'engouement de la hernie inguinale, si ce n'est qu'il est commun. L'étranglement est quelquefois produit par l'anneau, mais plus souvent encore par l'orifice supérieur du canal, ou par le collet du sac. La hernie congénitale est presque toujours étranglée par le collet de la tunique vaginale. L'orifice supérieur du canal est formé, à son côté interne, par la portion in-

Digitized by Google

terne du fascia transversalis, confondue avec l'aponévrose de terminaison et les faisceaux inférieurs des muscles petit oblique et transverse. A. Cooper croit que les contractions de ces derniers muscles peuvent contribuer à augmenter la constriction, et admet un étranglement spasmodique pour la hernie inguinale externe. Je n'ai trouvé dans A. Cooper aucun fait à l'appui de cette opinion, qui me paraît n'être qu'une hypothèse. La hernie inguinale est, sans contredit, celle dans laquelle se rencontrent le plus souvent les sacs à plusieurs collets, les sacs doubles dans la même gaîne celluleuse et les étranglements multiples. J'ai déjà fait représenter plusieurs cas remarquable de sacs multiples.

Je me suis longuement occupé des symptômes de l'étranglement en traitant des hernies en général. Le diagnostic de la hernie inguinale étranglée sera ordinairement assez facile : cependant je conçois que le phlegmon sous-aponévrotique de la paroi du ventre puisse être confondu avec la hernie inguino-interstitielle étranglée, et celui du cordon avec le bubonocèle ou la hernie scrotale. Dans le phlegmon, qui a son siége dans l'épaisseur de la paroi du ventre ou dans le cordon spermatique, il pourra bien y avoir des vomissements, de la constipation : cependant celle-ci ne sera pas complète. Les accidents généraux se développeront par degrés, et n'auront pas la marche rapide de ceux de l'étranglement. Quant à la tumeur, dans la hernie étranglée, elle a, dès le début, le volume qu'elle doit conserver jusqu'à la fin; dans le phlegmon, au contraire, elle se développe peu à peu. Au reste, en cas de doute, et si des accidents graves existaient, il faudrait opérer; car une incision faite à un phlegmon n'aggraverait pas l'état du malade, tandis que le danger serait bien autrement grand si on n'opérait pas une hernie étranglée qui ne peut être réduite.

L'étranglement de la hernie scrotale est celui dans lequel les réfrigérants ont le plus d'efficacité. Dans un cas de ce genre, un seau d'eau froide jeté sur une hernie que J.-J. Petit allait opérer, en détermina la rentrée subite. La glace a souvent produit de bons effets dans des cas pareils.

Manœuvres et opérations motivées par les hernies inguinales.

Taxis. Le taxis est dirigé obliquement en haut et en dehors, si la hernie est externe et si son pédicule conserve de l'obliquité. Si

Digitized by Google

le canal est fort élargi et transformé en une ouverture annulaire dans la hernie directe, les efforts de réduction sont dirigés en haut et en arrière; on les dirigera un peu en dedans, du côté de l'ombilic, dans les hernies obliques internes.

Réduire et contenir, telle est l'indication qui se présente dans toute hernie réductible; mais, dans la hernie inguinale, il est une circonstance qui s'oppose quelquefois à l'application de l'appareil contentif, c'est la présence du testicule à l'anneau. Pott rejetait l'usage du brayer dans tous ces cas : il aurait, disait-il, pour effet d'empêcher la descente du testicule, si cet organe était encore dans le ventre, et d'exercer une compression dangereuse, s'il était à l'anneau. A. Cooper est du même avis. Mais souvent on attendrait en vain la descente complète du testicule. Dans bien des cas, des adhérences entre les organes herniés et la glande séminale ramènent toujours celle-ci à l'anneau quand on réduit la hernie. On ne peut cependant pas laisser le malade exposé à tous les dangers qu'entraîne une hernie non contenue. On pourra alors appliquer un bandage dont la pelote sera creusée d'une cavité qui s'adapte au testicule, ou, quand l'anneau sera assez large pour laisser rentrer le testicule, réduire cet organe avec la hernie, et contenir le tout au moyen du brayer : c'est ce que conseillait Boyer.

Bandages. Pour contenir la hernie, on emploie, chez les très jeunes enfants, une petite pelote de linge qu'on fixe avec un bandage en spica; d'autres fixent la pelote avec une ceinture de toile à laquelle elle tient par sa partie supérieure, et un sous-cuisse qui, solidement fixé à sa partie inférieure, va s'attacher à la partie postérieure de la ceinture. Mais ces appareils ont besoin d'être renouvelés bien souvent, et ne sont jamais solides. Dans tous les cas où il est applicable, le brayer à ressort doit être préféré, et, suivant Pott et A. Cooper, il peut être appliqué même chez les enfants les plus jeunes.

Les chirurgiens étaient dans l'habitude de faire porter la pelote sur l'anneau inguinal, en dirigeant autant que possible son action en haut et en dehors, suivant l'axe du canal. Ce précepte est vicieux, surtout pour ce qui concerne la hernie oblique. Appliquée de cette manière, la pelote doit déterminer le resserrement de la partie du sac embrassée par l'anneau, et laisser au-dessus, dans le canal inguinal, un entonnoir membraneux ouvert par sa base dans la cavité du péritoine, et toujours prêt à recevoir les vis-

Digitized by Google

cères abdominaux. Ce resserrement du sac, vers l'anneau seulement, donne lieu aux sacs à collets multiples. La pelote, quand elle porte sur l'anneau et la partie voisine du pubis, comprime souvent le cordon ; de là des douleurs vives, la dilatation variqueuse des veines spermatiques, et même par la suite, l'atrophie du testicule. A. Cooper a signalé tous les inconvénients de ce vice de construction des bandages, et établi de nouveaux préceptes à cet égard. Le praticien anglais veut qu'au lieu de s'appliquer sur l'anneau, la pelote porte sur toute la longueur du canal, de manière à mettre ses parois antérieure et postérieure dans un contact exact; il faut qu'elle corresponde, par son centre, à l'orifice abdominal. La pelote la plus convenable alors est représentée fig. 81. Ainsi, dans une hernie récente et d'un petit volume, la pelote devra correspondre au milieu de l'espace qui sépare la symphyse pubienne de l'épine iliaque antérieure supérieure. Dans les hernies anciennes et volumineuses qui ont raccourci le canal, la pelote devra porter sur un point plus rapproché du pubis; mais, suivant A. Cooper, dans les cas de hernies obliques, même très volumineuses, il n'est jamais nécessaire de faire arriver la pelote jusqu'au pubis ; il suffit que la compression s'exerce sur la partie supérieure externe de l'anneau pour que la hernie soit bien contenue (pag. 229).

Fig. 81.

Dans les cas de hernie directe, la pelote devra porter sur l'anneau inguinal, mais jamais sur le pubis. De forme ovale dans le premier cas, elle sera arrondie dans le second. Ces principes, cette pratique de Cooper, sont connus depuis longtemps en France, où les ouvrages de ce chirurgien sont traduits et réellement populaires.

Cure radicale. Beaucoup de hernies inguinales sont susceptibles de guérison radicale. La compression bien exercée, au moyen du brayer, guérira presque toujours la hernie inguinale des enfants. On obtiendra par le même moyen la guérison des hernies obliques chez les sujets âgés de moins de vingt ans. Plus tard les chances de guérison radicale sont de beaucoup moindres : enfin on ne devra jamais promettre la guérison des hernies directes.

Les différents moyens proposés pour la guérison radicale des hernies, et que j'ai décrits en parlant des hernies en général, ont été appliqués à la hernie inguinale. Il est trois de ces moyens qui consistent en des opérations graves, et qui n'ont pu être appliqués

Digitized by Google

qu'à la hernie inguinale; ces moyens sont : la castration, le point doré et la suture royale.

A. *Castration.* Dans la castration, le sac herniaire était enlevé avec le testicule; cette opération avait donc pour effet la destruction du sac et l'oblitération de son collet.

B. *Point doré.* Le point doré consistait à inciser les téguments sur le pédicule de la hernie, et après avoir réduit les viscères, à soulever et embrasser avec un fil d'or, de plomb ou de soie, le collet du sac et le cordon. Ce fil devait être assez serré pour retenir le viscère dans le ventre, mais ne devait pas l'être au point d'étrangler le cordon. Les téguments étaient réunis sur le fil, qu'on enfermait ainsi dans la plaie. Le but de cette opération était l'oblitération du collet du sac; cette oblitération résultait d'abord de l'action mécanique du fil, et secondairement de l'inflammation de la séreuse liée. Le fil laissé dans la plaie devait, ordinairement, diviser par ulcération le cordon et le col du sac, et finir par être éliminé. Alors l'oblitération du col du sac était certaine; mais au-dessus restait l'entonnoir péritonéal qui tapissait le canal, et la section du cordon ne pouvait manquer de déterminer l'atrophie du testicule.

C. *Suture royale.* Enfin, la suture royale s'exécutait de la manière suivante : le sac, mis à découvert dans une étendue de 30 millimètres au-dessous de l'anneau, était cousu, dans toute cette étendue, le long du cordon, et excisé en avant de la suture. Le cordon était respecté dans cette opération, qui avait encore pour but et pour effet l'oblitération et la destruction du sac.

Ces trois procédés n'avaient pas d'autres effets, par rapport à la hernie, que l'incision, et ce que j'ai dit dans les généralités de l'insuffisance de cette opération s'applique, en tout point, à celles-ci. Mais la castration et le point doré avaient, en outre, le grave inconvénient de priver le malade d'un testicule. De tout temps, les chirurgiens instruits ont condamné la castration ; mais des charlatans, des femmes ignorantes couraient la campagne, faisant partout l'application de ce procédé. Ils l'employaient non seulement pour guérir les hernies, mais encore comme moyen préservatif chez des sujets qui n'étaient point atteints de cette infirmité ; et cette opération s'était tellement répandue, que les magistrats furent obligés d'intervenir, et de punir du fouet, de l'emprisonnement, les charlatans qui pratiquaient cette mutilation.

Digitized by Google

Beaucoup de hernies scrotales ne peuvent être réduites, bien qu'elles ne soient ni engouées ni étranglées. La méthode d'Arnaud s'applique très bien à ces hernies, et peut être aidée d'une compression soutenue, exercée au moyen d'un suspensoir lacé en avant (A. Cooper, p. 233), ou de l'application de la glace, qui détermine une forte rétraction dans le scrotum. A. Cooper cite deux cas de hernies épiploïques scrotales, réputées irréductibles, dont la réduction a été obtenue, dans l'espace de quatre ou cinq jours, par l'application continue de la glace (pag. 233). Si on ne peut parvenir à rendre la hernie inguinale réductible, on la soutiendra et on s'opposera autant que possible à son accroissement ultérieur, au moyen d'un brayer à pelote concave, si elle est très petite; au moyen des suspensoirs lacés, si elle est volumineuse. Chez la femme, on ne peut guère employer, dans ce dernier cas, que le bandage en T; mais il est si gênant et si peu efficace, que la plupart des femmes préfèrent, dans ce cas, abandonner leur hernie à elle-même (A. Cooper, p. 287).

Kélotomie. L'incision est parallèle au grand axe de la tumeur; elle en dépasse les deux extrémités de 10 ou 12 millimètres. Si on a affaire à une hernie inguino-interstitielle, l'incision oblique dans le sens de l'axe du canal sera pratiquée de dehors en dedans, et divisera successivement la peau, le fascia superficialis, dans lequel se trouve l'artère des téguments du ventre, qu'il faut lier, l'aponévrose du grand oblique, qu'on entame vers une des extrémités de l'incision de la peau, pour glisser au-dessous d'elle la sonde cannelée qui doit conduire le bistouri. Cette aponévrose incisée, le sac n'est plus recouvert que par quelques faisceaux du petit oblique et par la mince enveloppe que fournit au sac le fascia transversalis. Si la hernie est sortie du canal, on incise ordinairement la peau sur un pli perpendiculaire à l'axe de la tumeur. Cette incision doit s'étendre à 12 millimètres au moins au-dessus de l'anneau; elle sera oblique en bas et en dedans pour la hernie externe; parallèle à l'axe du corps, quelquefois même un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, pour les hernies directe et interne. Dans ce premier temps de l'opération, le dartos est incisé avec la peau, et les artères honteuses externes sont ouvertes. On lie ces vaisseaux s'ils donnent. Les feuillets membraneux qui recouvrent encore le sac sont : le fascia, provenant du pourtour de l'anneau; le crémaster, qui forme quelquefois aux hernies anciennes une tunique

Digitized by Google

épaisse et rouge, et l'enveloppe fournie par le fascia transversalis. Ces divers feuillets, soulevés, entamés avec les précautions que j'ai indiquées ailleurs (voyez *Hernies en général*), sont incisés sur la sonde cannelée, avec le bistouri ou les ciseaux mousses, qu'on dirige de l'anneau à la partie inférieure de la tumeur. Dans les cas de hernie directe et de hernie interne, le crémaster et l'enveloppe propre du cordon sont étrangers à la hernie ; le sac est donc à découvert dès qu'on a incisé le fascia provenant du pourtour de l'anneau. Chez la femme, ce fascia et le feuillet analogue à l'enveloppe immédiate du cordon que le ligament rond de la matrice reçoit du fascia transversalis, sont si minces, qu'on pourrait mettre en doute leur existence.

L'incision du sac ne présente ordinairement rien de particulier. Si les éléments du cordon étaient épanouis sur les parties antérieure et latérales du sac, il faudrait écarter les vaisseaux et user de précautions pendant l'incision de cette poche. Si la hernie était compliquée d'une hydrocèle, il serait bien d'inciser la tunique vaginale dans toute sa hauteur, ainsi que le conseille Sanson ; l'hydrocèle guérirait ainsi radicalement. A. Cooper n'incise le sac supérieurement que jusqu'à 18 ou 20 millimètres au-dessous de l'anneau, et débride en dehors de cette poche, c'est-à-dire qu'il ne divise point le sac là où est l'étranglement, à moins qu'il ne soit produit par son collet. Le praticien anglais conseille aussi de ne prolonger inférieurement l'incision de la tunique vaginale, dans la hernie congénitale, que jusque vers la partie supérieure du testicule, afin que cet organe reste recouvert. C'est principalement dans la hernie scrotale que Louis pénétrait si hardiment dans la partie inférieure du sac, en y faisant une ponction avec la sonde cannelée. Voyez ce que j'ai dit de cette pratique à l'article *Hernie en général*.

Le sac incisé, cherchez l'étranglement. Il est, le plus souvent, produit par l'orifice supérieur du canal, et a son siége, dans ce cas, au-dessus et au côté externe de l'anneau, à une distance de cette ouverture qui varie entre quelques millimètres et 4 centimètres, suivant l'ancienneté de la hernie et le volume de son pédicule. C'est quelquefois l'anneau du grand oblique qui étrangle la hernie ; d'autres fois c'est le col du sac. Dans ce dernier cas, l'étranglement peut se trouver au-dessus de l'orifice supérieur du canal, à une profondeur considérable.

Digitized by Google

Dans quel sens faut-il débrider?

La pratique de nos devanciers a singulièrement varié à cet égard Les uns ont conseillé de débrider toujours en dehors, sur le pilier externe de l'anneau, ou entre les deux piliers, qui étaient ainsi séparés et non divisés : tels sont Lafaye, Louis, Sharp, Pott, Sabatier; d'autres ont dirigé leur débridement en dedans et en haut (Platner, Dejean, Verduc, Bertrandi, Mauchart); d'autres, enfin, ont débridé indifféremment sur le pilier externe ou interne (Ledran, Ravaton). Chopart et Desault, sans s'être bien rendu compte de la différence qui existe entre la hernie oblique et la hernie directe, établirent cependant pour le débridement un sage précepte basé sur leurs observations d'anatomie pathologique; ils conseillèrent, pour éviter la lésion de l'artère épigastrique, de débrider toujours du côté opposé à celui où se trouvait le cordon. Hesselbach, qui connut bien les deux variétés essentielles de la hernie inguinale, confirme le précepte de Chopart et Desault, et dit : débridez en dehors dans la hernie inguinale externe, en dedans dans la hernie interne. S'il était possible, dans tous les cas, de distinguer pendant l'opération ces deux variétés de la hernie inguinale, ce précepte serait le plus sûr; mais comme dans bien des cas il peut rester du doute à cet égard, Scarpa et Dupuytren ont ensuite conseillé de débrider toujours directement en haut. Par ce procédé, on est presque sûr d'éviter l'hémorrhagie. Cependant le débridement en dehors est encore plus sûr, quand on peut avoir la certitude que la hernie est externe : aussi les chirurgiens qui s'obstinent à ne faire qu'un seul débridement, auquel ils sont quelquefois obligés de donner une certaine étendue, feront-ils bien de le diriger en dehors et en haut, dans les cas de hernies externes récentes, au sujet desquelles il ne peut pas y avoir de doute; et dans les hernies congénitales, ils ne devront débrider directement en haut que dans les cas où il peut leur rester quelque doute sur le trajet suivi par la hernie. Quant à moi, qui pratique, dans tous les cas où il faut une large dilatation, plusieurs débridements très peu étendus, je puis les diriger sans crainte dans tous les sens : cependant, je les pratique de préférence sur la moitié supérieure externe de l'ouverture abdominale, quand je crois avoir affaire à une hernie externe. Le lecteur devra nécessairement consulter ce que j'ai dit du débridement en général.

Une anomalie des branches de l'artère épigastrique peut rendre le débridement en haut dangereux dans la hernie externe : c'est

Digitized by Google

quand la branche qu'elle donne au pubis, *branche pubienne*, est très développée. Si, dans le cas de hernie congénitale, on trouve les viscères adhérents au testicule, la complication sera peu embarrassante, si ces adhérences ont lieu par des filaments celluleux isolés; on n'aura qu'à couper ces brides et à réduire : mais s'il y a adhérence intime par de larges surfaces, comment séparer les deux organes sans entamer ni l'un ni l'autre? La chose serait impossible. Dans ce cas, si c'est l'épiploon qui adhère au testicule, on les sépare en coupant le repli du péritoine au-dessus de l'organe séminal; si c'est une portion d'intestin, on la laisse au dehors, après avoir fait un grand débridement ou plusieurs petits, ce qui est préférable.

La hernie inguinale est celle qui a fourni les cas de rentrées en bloc et d'étranglements qui ont persisté après la réduction, lesquels étaient produits par le collet du sac.

On conçoit d'après ce que j'ai dit plus haut que l'artère épigastrique pourra dans certains cas être lésée dans le débridement, si on ne veut faire qu'un débridement. On prévoit les suites de la blessure de ce vaisseau : cependant Lawrence a connu un cas de division complète de l'artère épigastrique à 18 millimètres de son origine, lésion constatée par l'autopsie, et qui ne fut suivie d'aucune hémorrhagie externe ni interne. Le même chirurgien a vu une hémorrhagie mortelle résulter de la lésion de la branche que l'artère épigastrique envoie au crémaster (A. Key, *Annotations à A. Cooper*, p. 248). Ce dernier fait est, je crois, le seul cas connu d'hémorrhagie grave fournie par cette petite branche. La lésion de l'artère épigastrique sera bien rare si l'on se conforme aux préceptes qui ont été établis pour le débridement. Si le débridement est pratiqué en dehors du col du sac laissé intact, le sang ne pourra pas s'épancher dans le ventre, et l'hémorrhagie sera reconnue à l'instant. Je ne reviendrai pas sur les moyens de remédier à cet accident; je les ai indiqués en parlant des hernies en général.

Si l'on tient à mettre les bords de la plaie qui résulte de l'opération de la hernie scrotale dans un contact parfait, la suture est indispensable. Elle est toujours très utile pour tenir le testicule recouvert, quand l'incision de la peau a été prolongée jusqu'à la partie inférieure des bourses, et surtout dans la hernie congénitale.

Digitized by Google

II. HERNIES INGUINALES CHEZ LA FEMME.

Anatomie. Il est de toute nécessité de relire ce que j'ai dit du canal inguinal chez l'homme quand j'ai traité de la hernie inguinale de ce sexe.

Canal inguinal chez la femme. Il a environ 4 centimètres de longueur; les deux orifices sont bien plus étroits que chez l'homme. Au lieu du cordon spermatique, il est parcouru par le ligament rond de la matrice, accompagné, chez le fœtus, par un prolongement du péritoine, formant au-devant de lui, tantôt un tube cylindrique, tantôt une ampoule à collet étroit : c'est le canal de Nuck. Le prolongement du péritoine adhère intimement au ligament rond; ses dimensions varient. Chez certains sujets, il admet à peine une sonde; chez d'autres, le petit doigt peut y pénétrer. M. J. Cloquet a vu cet appendice du péritoine conservé chez des femmes de tout âge. On conçoit qu'il puisse, dans bien des cas, recevoir une hernie.

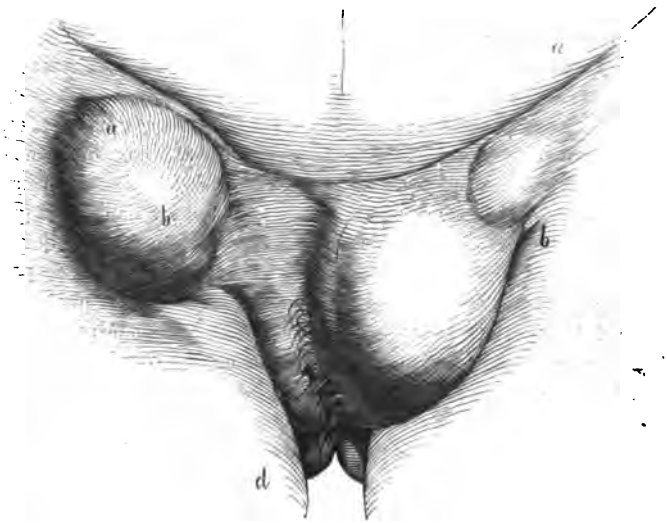
Comme on l'a vu, en décrivant la hernie inguinale chez l'homme, j'ai dû esquisser plus d'un trait des hernies de même espèce chez la femme. Je vais maintenant dans un court paragraphe indiquer plus particulièrement ce qu'elles ont de spécial chez ce sexe. Chez la femme, la hernie inguinale oblique a à parcourir dans l'épaisseur de la paroi du ventre un trajet un peu plus long (40 millimètres environ). Quand elle a franchi l'anneau, elle se porte dans l'épaisseur de la grande lèvre, et a des enveloppes bien plus faibles et moins nombreuses que chez l'homme. On croirait le sac recouvert seulement par la peau et la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée. Cependant l'enveloppe fibreuse provenant du pourtour de l'anneau existe chez la femme (A. Cooper, p. 287); mais elle est excessivement faible, et on peut douter de l'existence d'un feuillet celluleux analogue à celui qui, chez l'homme, provient du fascia transversalis. Quant à la tunique érythroïde, elle manque chez la femme. Le sac est ordinairement bilobé; l'un de ses lobes est dans le canal, l'autre hors l'anneau et dans l'épaisseur de la grande lèvre : ils sont séparés par l'anneau. Cette disposition est due à l'étroitesse et au peu de dilatabilité des deux orifices du canal chez la femme (voy. fig. 82.)

Si, chez la femme, l'anneau inguinal est faible et large par suite d'un écartement insolite des deux piliers, la hernie, au lieu de se porter dans la grande lèvre, pourra se diriger vers la partie supérieure de la cuisse, et arriver au-devant de l'anneau crural. Dans ce cas, elle peut être prise pour une hernie crurale. Cette circonstance est une de celles qui ont trompé quelques uns de ceux qui ont

Digitized by Google

voulu connaître les rapports de fréquence des hernies inguinales et crurales ; ces dernières ont dû être trouvées plus nombreuses qu'elles

Fig. 82.



ne le sont en réalité. La fig. 82 représente ces deux espèces de hernies, pour qu'on puisse les comparer au point de vue du diagnostic.

La femme est aussi sujette à une hernie inguinale congénitale. On doit considérer comme telle la hernie qui a pour sac le canal de *Nuck*. La persistance de ce canal explique très bien la fréquence des hernies inguinales chez les petites filles.

III. HERNIES CRURALES. — MÉROCÈLE.

Anatomie. Le bord inférieur de l'aponévrose du grand oblique et le bord antérieur de l'os coxal circonscrivent une ouverture si vaste sur le squelette, que le ventre paraît de ce côté entièrement privé de protection ; les anciens croyaient qu'il en était ainsi sur le vivant, d'où la dénomination d'arcade crurale donnée à ce qui est appelé aussi ligament de Fallope. Mais, en commençant le paragraphe de la hernie inguinale, j'ai dit comment se comportait la grande aponévrose abdominale, parvenue à l'aine. Elle ne cesse pas là d'une manière brusque pour former un ligament. J'ai dit que là l'aponévrose se divisait en trois feuillets aponévrotiques, *un externe* qui se replie du côté de l'abdomen, se confond avec le fascia iliaca, et bouche tout l'intervalle qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'éminence ilio-pectinée. Ainsi, la partie externe de l'arcade fémorale est presque fermée aux hernies par ce que j'appellerai la portion *externe* et *réfléchie* de l'aponé-

Digitized by Google

vrose du grand oblique. La *portion interne réfléchie* de la même aponévrose forme le ligament de Gimbernat. Reste entre ces deux portions une troisième qui est la *portion non réfléchie ;* elle se continue avec un feuillet du fascia lata, qui forme la paroi antérieure du véritable canal crural. On voit de combien est réduite cette grande *arcade crurale ;* elle est réduite à l'espace qui existe entre la *portion externe* et la base du ligament de Gimbernat. Cette ouverture forme le commencement de la gaîne qui enveloppe les vaisseaux cruraux jusqu'au jarret; mais cette gaîne, large à son origine, est occupée, dans ce point, à son côté externe et postérieur seulement, par les vaisseaux cruraux, et présente en avant et en dedans un espace libre, infundibuliforme, qui commence le canal par lequel se produisent les hernies. (Voyez fig. 73) l'ouverture de ce canal occupée à droite par les vaisseaux et un sac herniaire, et à gauche seulement par les vaisseaux; ou à leur côté interne l'espace libre qui laisse passer la hernie. Ce canal, formé en arrière par le pubis et le muscle pectiné qui est recouvert par le feuillet profond du fascia lata, en avant par le feuillet superficiel du fascia lata, et la portion non réfléchie de l'aponévrose du grand oblique, qui présente une large lacune ovalaire connue sous le nom de fosse ovale, lacune qui livre passage par sa partie inférieure à la grande veine saphène, est fermé, dans le reste de sa hauteur, par le fascia cribriformis, feuillet cellulo-fibreux, mince et percé de plusieurs ouvertures pour le passage des vaisseaux lymphatiques. Du côté du ventre, ce canal présente une large ouverture, limitée en dedans par la base du ligament de Gimbernat, en haut par le ligament de Fallope, mais sans limite résistante et bien distincte en dehors. Cette ouverture est fermée par le septum crurale, se continue en bas avec la gaîne des vaisseaux cruraux, et n'a pas d'ouverture béante et libre en avant. L'ouverture par laquelle sort la hernie pour arriver sous la peau est une des ouvertures vasculaires du fascia cribriformis. M. J. Cloquet a cependant vu la hernie crurale sortir du canal par une éraillure du repli falciforme du fascia lata par une de ces ouvertures qu'on voit sur la portion non réfléchie du bord inférieur de l'aponévrose du grand oblique (fig. 72 *d*). L'ouverture du fascia cribriformis qui donne passage à la hernie est située à la partie antérieure interne du canal, à une hauteur variable. Ordinairement, elle se trouve tout-à-fait à la partie supérieure du fascia; mais M. Demeaux l'a trouvée, une fois, à plus d'un centimètre au-dessous du ligament de Fallope. Ses bords sont minces, tranchants, résistants; elle est la seule partie de l'ouverture crurale qui puisse étrangler la hernie. Cette proposition n'est pas d'accord, comme on voit, avec les doctrines de Scarpa, qui considérait l'ouverture crurale comme un canal, et admettait un étranglement par l'orifice supérieur de ce canal, et un étranglement par son orifice inférieur. Mais, entrevue par M. Goyrand, qui avait remarqué que l'étranglement se trouvait toujours superficiellement placé dans cette hernie, et qu'il suffisait d'entamer le feuillet superficiel du fascia lata pour dégager la hernie (1), par M. Velpeau (2).

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1831, t. VIII, p. 50.
(2) *Médecine opératoire.*

Digitized by Google

Cette vérité a été mise hors de contestation par des expériences cadavériques que M. Demeaux a faites sur des hernies crurales non étranglées d'abord, puis sur une hernie étranglée.

M. Demeaux, ayant disséqué la hernie, en conservant tout ce qui constitue l'ouverture crurale, a coupé le ligament de Fallope et la partie du feuillet superficiel du fascia lata qui est immédiatement au-dessous, sans arriver jusqu'à l'ouverture par laquelle sortait la hernie, et l'entrée du sac n'a pas été dilatée. Il a ensuite divisé le ligament de Gimbernat, laissant toujours intact l'anneau du fascia cribriformis : même résultat; enfin il a divisé le pourtour de cette ouverture : alors la réduction a été opérée sans difficulté. D'autres fois, le sac a été enlevé ou réduit; puis, le doigt étant engagé dans l'ouverture du fascia cribriformis, M. Demeaux a divisé le ligament de Fallope sur un ou plusieurs points, puis celui de Gimbernat, et il n'est pas résulté de cette section le moindre élargissement de l'ouverture qui laissait passer la hernie. Les mêmes expériences, répétées dans un cas de hernie crurale étranglée sur le cadavre d'une femme, ont fourni les mêmes résultats.

Ce qui est important au point de vue pratique, c'est de connaître les rapports des vaisseaux voisins de l'ouverture crurale; les voici : l'artère et la veine iliaques et fémorales sont à sa partie externe, légèrement en arrière et en bas. Les vaisseaux circonflexes de l'iliaque, naissant là en dehors à la hauteur de l'orifice supérieur du canal, s'engagent dans un petit canal fibreux qui résulte de la jonction du fascia iliaca au fascia transversalis, et se dirigent vers la crête iliaque. L'artère épigastrique côtoie de bas en haut la partie externe de ce même orifice abdominal du canal crural; quand il y a hernie, cette artère est ordinairement au dehors du collet du sac. Des ramuscules anastomotiques sont envoyés par cette artère à l'épigastrique du côté opposé, et à l'obturatrice de son côté; il en est un ordinairement qui descend derrière le ligament de Gimbernat. L'artère spermatique croise la partie supérieure de cette ouverture.

Ici va se présenter une anomalie tellement fréquente que, quand il s'agira du débridement, on devra considérer cet état comme habituel. Je veux parler de l'artère obturatrice qui naît souvent de l'épigastrique, au lieu d'émaner de l'hypogastrique. On a essayé de fixer par des nombres le rapport de cette variété à l'état normal : ces évaluations ont considérablement varié; mais tous ceux qui ont fréquenté des amphithéâtres savent que, sur vingt cadavres, on en trouve au moins un qui présente cette variété d'un côté ou des deux. Si l'artère obturatrice naît très bas de l'épigastrique, elle se recourbe immédiatement derrière le pubis pour gagner le trou sous-pubien : elle pourrait alors être épargnée dans le débridement; mais quand elle naît plus haut, c'est différent; car elle descend alors derrière le ligament de Gimbernat, et si on débridait sur ce ligament, on pourrait l'atteindre. Quelquefois l'obturatrice naît directement de l'iliaque, ou même de la fémorale; on a même vu l'épigastrique venir de l'obturatrice et passer derrière le ligament de Gimbernat, ce qui l'expose à être blessée dans les débridements pour les hernies crurale et inguinale. On n'oubliera pas cette circonstance quand on voudra savoir

Digitized by Google

tout le prix du *débridement multiple*. L'anomalie que voici est encore très importante à noter : M. Velpeau a vu, dans un cas de hernie crurale, deux artères épigastriques : une, née de l'hypogastrique, passait en dedans du col du sac; l'autre, née de l'iliaque externe, avait avec la hernie les rapports ordinaires. M. Michelet a constaté que la circonflexe interne de la cuisse venait de l'épigastrique. Dans ce cas, cette artère aurait pu passer au-devant de la partie supérieure du sac. On notera les deux veines anormales décrites par M. Bérard aîné, à l'article *Abdomen* du dictionnaire en 21 volumes, nouvelle édition. Ces veines naissent de l'iliaque externe, près de l'anneau; elles sont volumineuses et passent près du ligament de Gimbernat. MM. Manec et Menière ont vu naître aussi de l'hypogastrique une grosse veine qui se dirigeait vers la paroi antérieure de l'abdomen, en passant en dedans de l'ouverture crurale.

Toutes ces particularités anatomiques doivent être notées; je ferai toutefois observer que les vaisseaux épigastriques, l'artère obturatrice, quand elle passe au-dessus et en dedans du pédicule de la hernie, et l'artère spermatique, chez l'homme, se trouvent toujours à plus d'un centimètre du collet du sac, ou du pourtour de l'ouverture du fascia cribriformis qui embrasse ce collet.

Variétés. La hernie crurale peut se produire, comme la hernie inguinale, par les fossettes péritonéales moyenne, externe ou interne. La hernie externe passe au dehors des vaisseaux épigastriques, l'interne passe en dedans du cordon résultant de l'oblitération de l'artère ombilicale, et la moyenne, enfin, entre ce cordon et les vaisseaux épigastriques. Cette dernière est beaucoup plus fréquente que les deux autres; c'est celle que je décrirai d'abord.

1° *Hernie moyenne.* Les viscères, en sortant par la fossette moyenne et l'ouverture crurale, poussent devant eux le septum crural qui leur forme une enveloppe. La hernie est d'abord dirigée en bas; tant qu'elle n'a pas traversé le fascia cribriformis, son sac forme un cône à base supérieure, et n'a pas de collet. Dans cette première période de son évolution, la hernie est souvent ignorée par le malade et même par le médecin, et paraît n'être pas susceptible d'étranglement. Mais bientôt elle traverse le fascia cribriformis, et vient former à l'aine une tumeur arrondie, dirigée un peu en dedans. Comme le tissu cellulaire sous-jacent au fascia superficialis est plus lâche en haut qu'en bas, la hernie se développe vers le pli de l'aine, en se coudant sur le bord supérieur de l'ouverture du fascia cribriformis, et remonte bientôt jusqu'au niveau, et même au-dessus du ligament de Fallope. La portion extérieure du sac, à peu près sphérique dans une petite hernie, prend en grossissant

Digitized by Google

une forme un peu ovoïde ; son grand diamètre est alors parallèle au pli de l'aine. C'est la partie du sac qui est embrassée par l'ouverture du fascia cribriformis qui subit les modifications qui constituent le collet.

Le sac ainsi développé est situé au-devant du pectiné et de l'ouverture infundibuliforme nommée par les chirurgiens *canal crural*, au-dessus de la veine saphène, au-dessous du ligament de Fallope, au milieu d'une couche cellulo-adipeuse, mince chez les sujets maigres, mais assez épaisse chez ceux qui sont doués d'un grand embonpoint pour masquer une hernie peu volumineuse ou augmenter beaucoup les difficultés de la kélotomie : dans cette masse graisseuse se trouvent plusieurs ganglions lymphatiques dont les engorgements peuvent, dans certains cas, être confondus avec la hernie crurale.

Si on dissèque une hernie crurale, on a à diviser, avant d'arriver aux viscères : 1° la peau ; 2° la couche adipeuse sous-cutanée ; 3° le feuillet fémoral du fascia superficialis, dans lequel se trouvent l'origine de l'artère des téguments du ventre et les honteuses externes qui peuvent être divisées dans l'incision extérieure ; 4° au-dessous du fascia superficialis est une autre enveloppe celluleuse plus complète : c'est celle qui est formée par l'extension du septum crural. Cette enveloppe (*fascia propria* d'A. Cooper) s'engage dans l'ouverture crurale avec le sac, qu'elle double ; 5° enfin, sous le fascia propria se trouve le sac, qui est séparé du premier par un tissu cellulaire souvent chargé de graisse.

Le sac de la hernie crurale, très mince, est uni aux parties voisines par un tissu cellulaire d'abord tellement lâche, qu'il peut être facilement détaché, et même repoussé avec les viscères, quand on réduit la hernie ; mais à mesure que la hernie vieillit, ce tissu cellulaire devient plus dense, et se charge souvent d'une graisse abondante qui lui donne l'aspect de l'épiploon.

Telle est la disposition ordinaire de la hernie crurale moyenne ; mais cette disposition n'est pas constante : ainsi cette hernie a les sous-variétés que voici :

1° Au lieu de sortir par la fosse ovale de la gaîne des vaisseaux fémoraux, la hernie peut descendre dans cette gaîne au côté interne de la veine fémorale ; alors elle parcourt réellement le canal crural. Cette sous-variété de la hernie crurale est rare ; cependant A. Cooper l'a rencontrée trois fois sur le cadavre, toujours des deux côtés ; elle descendait dans la gaîne vasculaire, à une profondeur de cinq à six

Digitized by Google

centimètres. On l'a vue descendre beaucoup plus bas. Cette espèce de hernie, dit A. Cooper, est très facile à réduire, et doit être peu susceptible de s'étrangler, à raison de la largeur de l'orifice du sac (page 329).

2° La hernie, tout en descendant ainsi dans la gaîne des vaisseaux fémoraux, peut envoyer un prolongement en avant, à travers le fascia cribriformis (A. Cooper).

3° A. Cooper a vu le sac de la hernie crurale s'engager à travers une rupture du fascia superficialis; la hernie formait dans ce cas une tumeur bilobée, en sablier, dont un lobe était sous-cutané, et l'autre sous-jacent au fascia superficialis (page 310).

4° Hesselbach a représenté (pl. 13) une hernie crurale existant chez un homme, et dans laquelle le sac envoyait, à travers le fascia cribriformis, cinq prolongements formant autant de petites hernies distinctes. MM. J. Cloquet et Demeaux ont observé des faits analogues à celui d'Hesselbach.

2° *Hernie externe*. Dans cette variété de hernie crurale, le collet du sac, contourné en bas et en dedans par les vaisseaux épigastriques, doit être dans ces deux sens en rapport immédiat avec ces vaisseaux, qu'il dévie même de leur direction normale. La hernie fémorale externe avait été indiquée par Arnaud; MM. J. Cloquet, Velpeau, Thomson, l'ont observée. Enfin, M. Demeaux a publié (1) deux observations détaillées relatives à des hernies fémorales externes existant chez des hommes.

3° *Hernie interne*. Il existe deux variétés de cette espèce de hernie. L'une, observée par A. Cooper (page 330), a été rencontrée quatre fois par M. Demeaux sur des cadavres. Celle-ci, s'engageant par la fossette péritonéale interne, en dedans de l'artère ombilicale, se porte obliquement en dehors pour sortir par l'anneau crural. L'autre variété, s'engageant par le même point, se porte directement au dehors, en passant à travers une éraillure du ligament de Gimbernat. Cette dernière fut observée pour la première fois par M. Laugier, à l'hôpital Necker, en 1833 (2); elle a été, depuis, rencontrée sur le cadavre deux fois par M. Cruveilher (cité par M. Laugier, article *Hernie* du *Dictionn. de méd.*), et une fois par M. Demeaux (*loc. cit.*). Il est évident que cette dernière variété de la hernie fé-

(1) *Annales de la chirurgie*, Paris, 1841, t. I, p. 475.
(2) *Bulletin chirurgical*, t. I.

Digitized by Google

morale interne et la hernie fémorale externe ne peuvent avoir de fascia propria, lequel est formé, dans la hernie crurale moyenne, par l'extension du septum crural; que la hernie qui se forme à travers le ligament de Gimbernat est étrangère au canal crural, et que son sac doit être immédiatement sous-jacent au fascia superficialis.

Voici une espèce de hernie qui n'a été décrite par personne. Je vais transcrire une note telle qu'elle a été rédigée à l'amphithéâtre de la Pitié, pendant que j'y faisais des recherches avec mon ami M. Goyrand.

Le 18 octobre 1827, j'ai trouvé sur le cadavre d'une vieille femme une hernie bien extraordinaire. Elle s'était faite tout-à-fait à la partie interne du canal crural, à toucher le ligament de Gimbernat. De là elle se portait en arrière, perçait le feuillet profond du fascia lata qui recouvre le pectiné, et se prolongeait dans ce muscle. Cette hernie consiste en un sac de la longueur de deux pouces, oblitéré dans sa moitié inférieure; sa paroi est très épaisse dans le reste de son étendue. Il ne contient rien. A son ouverture dans l'abdomen, le sac est entouré d'un tissu sous-séreux violet, comme on en trouve aux ovaires des vieilles femmes. Cette disposition existe des deux côtés; c'était là évidemment un ancien sac de hernie crurale.

Je ferai remarquer ici que toutes les variétés de la hernie crurale que je viens d'exposer font ressortir les avantages du débridement multiple. Comme la plupart ne peuvent être reconnues d'avance, on peut, si on fait un seul débridement prolongé, atteindre une artère en dedans, quand on la croyait en dehors du col du sac, et *vice versâ*.

Nombre. Il est ordinaire de rencontrer une hernie crurale de chaque côté. Souvent alors l'une est volumineuse, et l'autre est assez petite pour passer inaperçue. On voit rarement deux sacs herniaires passer sous la même arcade crurale; cependant les deux hernies crurales externes que M. Demeaux a disséquées coïncidaient l'une et l'autre avec une hernie crurale moyenne du même côté.

Parties déplacées. La hernie crurale est ordinairement formée par une anse de l'iléon; assez souvent on y trouve, surtout à gauche, l'épiploon, avec l'intestin. Elle contient rarement l'épiploon seul; A. Cooper n'a vu que deux hernies crurales seulement épiploïques (pag. 305). Le cœcum et le colon ascendants se trouvent quelquefois dans la hernie crurale droite; les colons descendants et iliaques, le commencement du rectum, dans celle du côté gauche;

Digitized by Google

la vessie, les ovaires, l'utérus même, peuvent sortir par les ouvertures crurales.

Causes. La hernie crurale est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme; on le conçoit, si on fait attention à la largeur que présente chez la première l'ouverture crurale; cependant j'ai déjà opéré quatre hommes de cette hernie : elle est assez rare chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. La hernie crurale est très rare dans l'enfance : ainsi A. Cooper n'en a vu que deux : la première chez une scrofuleuse de sept ans, l'autre chez un enfant de onze ans; le plus jeune sujet chez qui il l'ait ensuite observée était une dame de dix-neuf ans. Cependant M. Heyfelder rapporte l'histoire d'un enfant né avant terme, qui, six semaines après sa naissance, avait deux hernies crurales, deux inguinales et une ombilicale. Chez les femmes adultes, sa fréquence augmente à mesure qu'elles avancent en âge, circonstance que A. Cooper explique par l'ampliation qu'entraîne dans l'ouverture crurale l'amaigrissement des muscles psoas et iliaque, et par l'affaiblissement des fascia (pag. 305). Comme la hernie inguinale, la hernie crurale est plus fréquente à droite qu'à gauche.

Symptômes. La hernie crurale forme, un peu en dedans de la partie moyenne du pli de l'aine, une tumeur globuleuse ou ovoïde et un peu oblique dans le sens de ce pli, recouvrant ordinairement la partie moyenne du ligament de Fallope. Cette tumeur est moins bien circonscrite chez l'homme que chez la femme, à cause de la densité plus considérable que présente chez le premier le tissu cellulaire.

Quand la hernie crurale commence à se former, et avant qu'elle ait traversé le fascia cribriformis, le diagnostic en est difficile; elle est donc souvent méconnue. Si on soupçonne l'existence d'une pareille hernie, il faut examiner attentivement la région crurale. Dans ce but, la tête et la poitrine sont soulevées par des oreillers, les membres abdominaux sont placés dans un état de demi-flexion et d'adduction. Dans cette attitude, l'index, appliqué sur l'ouverture crurale, peut percevoir le choc des viscères dans les efforts de la toux; mais souvent, alors, les signes positifs manquent, et il n'existe d'autres symptômes locaux qu'un gonflement général de l'aine, une douleur profonde qui se propage de cette région au ventre et à l'estomac, et quelquefois avec des nausées. Dans la gaîne des vaisseaux existe un ganglion lymphatique qui, soulevé par la

Digitized by Google

hernie, fait une saillie anormale et est très douloureux à une légère pression. La douleur devient vive quand la cuisse est dans l'extension, parce qu'alors les fascia tendus compriment la hernie: aussi le malade fléchit-il la cuisse instinctivement, pour calmer la douleur.

Quand la hernie se développe dans la gaîne des vaisseaux sans faire saillie dans la fosse ovale, il n'y a pas de tumeur circonscrite, mais un gonflement général ayant son siége en dedans de la veine fémorale, gonflement qui augmente de volume par l'exercice et les efforts de la toux, et diminue, sans toutefois disparaître complétement, par le repos.

La compression que la hernie exerce sur les veines crurales et saphènes internes et les vaisseaux lymphatiques peut, chez les sujets âgés, à fibre molle, donner lieu à l'œdème du membre correspondant.

La hernie crurale n'atteint pas ordinairement un grand volume; les plus grosses que A. Cooper ait rencontrées étaient du volume du poing. Dans ce cas, la hernie occupe presque tout l'espace qui se trouve entre les épines iliaque et pubienne. Thompson (d'Édimbourg) a observé chez une femme une de ces hernies qui s'étendait jusqu'au milieu de la longueur de la cuisse; elle était ancienne et irréductible (A. Cooper, pag. 301). La dégénérescence épiploïforme du tissu cellulaire extérieur au sac est plus fréquente dans la hernie crurale que dans aucune autre. Les sacs divisés suivant leur longueur par des rétrécissements circulaires sont rares dans la hernie crurale; cependant M. Demeaux en a cité deux cas, dont l'un a été rencontré par lui, sur le cadavre; l'autre par M. Blandin, dans une opération pratiquée à l'hôpital Beaujon (1). J'ai fait représenter un de ces doubles sacs (page 328).

La hernie crurale et l'inguinale disparaissent ordinairement pendant la grossesse; les viscères sont refoulés vers la partie supérieure du ventre, et retirés du sac par l'utérus, à mesure que cet organe se développe. Cependant A. Cooper a observé deux hernies volumineuses, l'une inguinale et l'autre crurale, chez une femme enceinte de cinq à six mois (pag. 305).

Diagnostic. Le diagnostic de la hernie crurale peut présenter des difficultés. J'ai dit, en traitant de la hernie inguinale, com-

(1) *Annales de chirurgie*, t. V, p. 379 et 381.

Digitized by Google

ment certaines dispositions de l'anneau du grand oblique pouvaient laisser descendre dans le pli de l'aine cette hernie, qui serait prise alors pour une hernie crurale; de même, la hernie crurale remontant sur le ligament de Fallope pourrait donner lieu à une méprise toujours fâcheuse, car le taxis et le débridement doivent être faits d'une manière différente dans les deux espèces de hernies. Voici, au reste, deux caractères qui feront distinguer les deuxe spèces de hernies dans les cas douteux : 1° la hernie inguinale a son collet au-dessus de l'épine du pubis, tandis que celui de la hernie crurale est au-dessous et en dehors; 2° dans la hernie crurale, si on tire le sac en bas, on verra l'arcade tendue au-devant du collet du sac.

La hernie crurale ne sera pas confondue avec un engorgement glanduleux, si on a égard au commémoratif et aux caractères généraux des hernies qui rendent cette erreur difficile. Cependant, supposez une épiplocèle crurale frappée d'inflammation phlegmoneuse, il pourra être fort difficile de la distinguer d'un bubon : mais alors l'erreur a peu de gravité; car le traitement des deux affections est à peu près le même. Si des vomissements sympathiques coïncidaient avec l'inflammation d'un ganglion inguinal, on pourrait encore se tromper. Dans ce dernier cas, le doute sur la vraie nature de la tumeur ne devrait pas faire rejeter l'opération, qui est d'ailleurs le seul moyen de salut en cas de hernie, et ajouterait peu à la gravité du mal, si on avait affaire à un engorgement glanduleux. L'existence d'un ganglion engorgé sur une hernie crurale étranglée pourrait rendre le diagnostic difficile. A. Cooper a rencontré un cas de ce genre, et ne s'est point trompé; le taxis a fait rentrer la hernie, et l'engorgement glanduleux a été ainsi ramené à un état de simplicité.

Un état variqueux de la grande saphène, à l'endroit où ce vaisseau s'ouvre dans la veine crurale, pourrait simuler une hernie crurale réductible. En effet, la position horizontale et la pression font disparaître une pareille tumeur. J.-L. Petit (tom. II, p. 299), A. Cooper (pag. 304), N.-M. Boinet (*Gazette médicale*, 1836, pag. 829), ont été témoins de pareilles erreurs. Dans le cas observé par Petit, la tumeur avait le volume d'un œuf de poule; la malade, qui était servante dans une auberge de Courtray, fit usage, d'après le conseil d'un charlatan, d'un brayer qui l'incommoda beaucoup. La malade dont a parlé M. Boinet portait depuis deux ans un bandage élastique qui ne la gênait nullement. Avec de l'at-

Digitized by Google

tention, cette erreur pourra être évitée : la peau qui recouvre la varice est brunâtre; il est vrai qu'elle reprend à peu près sa couleur normale quand la tumeur est réduite (obs. de J.-L. Petit); mais la saphène est ordinairement dilatée dans d'autres points : ainsi, chez la malade de Petit, toute cette veine formait un cordon recouvert d'une peau brune, et présentait une dilatation marquée au genou, un état variqueux plus prononcé encore sur la malléole interne. Dans le cas de M. Boinet, les doigts appliqués sur la tumeur sentaient, pendant les secousses de la toux, un bruissement marqué. Voilà les caractères qui rendront l'erreur de diagnostic difficile. Sanson indique un signe encore plus certain : si, après avoir réduit la tumeur variqueuse par une pression exercée de bas en haut, on tient le doigt fortement appliqué sur l'orifice inférieur du canal crural, la tumeur reparaît et a bientôt repris son volume primitif. Mais si la varice affectait la veine fémorale elle-même, à l'endroit où elle reçoit la saphène et au-dessus de ce point, il serait difficile de la distinguer d'une petite hernie crurale formée par l'intestin et qui ne fait que *pointer*, car au moment de la réduction une si petite hernie ne ferait point entendre de gargouillement.

Un abcès par congestion, qui apparaît à la partie antérieure-supérieure de la cuisse, pourrait induire en erreur. Comme les hernies, ces abcès peuvent être réductibles ; comme elles, ils prennent tout leur développement dans l'attitude verticale et quand le malade fait des efforts; mais ils sont fluctuants, et leur apparition a été précédée de douleurs sourdes aux lombes, et la tumeur se reproduit même pendant la position horizontale et sans que le malade fasse des efforts.

Pronostic. La hernie crurale est plus grave encore que l'inguinale, en ce qu'elle est bien plus rarement susceptible de guérison radicale et plus sujette à s'étrangler, et en ce que son étranglement a une marche plus rapide, et nécessite plus souvent l'opération.

Accidents. La hernie crurale négligée peut devenir irréductible, soit par l'engorgement de l'épiploon, soit par des adhérences; celles-ci, toutefois, sont plus rares dans cette hernie que dans l'inguinale. Quand la portion non réductible est peu volumineuse, on applique la pelote concave.

L'engouement est assez rare dans la hernie crurale; l'étranglement, comme je l'ai dit, y est, au contraire, plus fréquent et plus aigu, plus violent que dans la hernie inguinale; cet accident se pré-

Digitized by Google

sente plus fréquemment, et a plus d'intensité dans la hernie crurale de l'homme que dans celle de la femme, différence qui s'explique par les dimensions moindres de l'ouverture crurale, et la résistance plus considérable de son pourtour chez le premier.

Dans la grande majorité des cas, l'étranglement est produit par l'ouverture du fascia cribriformis ; cependant il a quelquefois son siége au collet du sac.

Le diagnostic de l'étranglement de la hernie crurale peut présenter de grandes difficultés. Supposez qu'il existe des symptômes d'iléus avec une hernie d'un très petit volume, encore contenue dans le canal crural, et sur laquelle se trouvera un ganglion lymphatique enflammé. Dans des cas de ce genre, il est arrivé à A. Cooper d'opérer en conservant des doutes sur l'existence de la hernie. L'opération était alors pour le praticien un moyen de diagnostic.

L'étranglement de la hernie crurale a une marche rapide; il cède rarement au taxis et aux différents moyens médicaux que j'ai indiqués en traitant des hernies en général : aussi, quand les premières tentatives de réduction ont échoué, doit-on observer de bien près le malade; dès qu'apparaît la douleur péritonéale, il faut se hâter d'opérer. A. Cooper dit que, s'il était atteint d'une hernie crurale étranglée, il n'essaierait que le lavement de tabac, et si ce moyen ne réussissait pas, il se ferait opérer dans les douze heures qui suivent le début de l'étranglement. On voit que cet illustre chirurgien est bien pénétré des avantages de l'opération hâtive (pag. 225).

Le premier cas de réduction en bloc d'une hernie étranglée par le collet du sac a été observé sur une hernie crurale (Ledran, *obs. de chirurgie*).

Manœuvres et opérations motivées par les hernies crurales.

Taxis. Pour réduire la hernie crurale, il faut placer le malade sur le dos, la tête et la partie supérieure du tronc soulevée par des oreillers, les cuisses fléchies à angle droit, et les genoux rapprochés. Les parties fibreuses qui concourent à former l'ouverture crurale sont ainsi dans le relâchement. Si la hernie peu volumineuse n'avait pas traversé la paroi antérieure du canal crural, il faudrait la repousser de bas en haut et un peu en dehors ; mais quand elle a franchi le fascia cribriformis, ce qui a lieu dans l'immense ma-

Digitized by Google

jorité des cas, on commence par la comprimer de haut en bas pour faire descendre, vis-à-vis l'éraillure du fascia, sa partie supérieure, qui s'est coudée sur le bord supérieur de cette ouverture; puis, tout en la soutenant avec les doigts des deux mains à cette hauteur, on la comprime d'avant en arrière, et un peu de dedans en dehors, avec les deux pouces, comme pour l'enfoncer dans la cuisse (A. Cooper), et on la repousse enfin dans la direction du canal.

La pelote des brayers cruraux doit avoir peu de largeur, pour ne pas gêner la flexion de la cuisse : la courbure du ressort qui incline en bas la pelote doit être plus forte que dans le bandage inguinal. La pelote doit porter plus en dehors et à douze ou quinze millimètres plus bas que dans la hernie inguinale.

L'ouverture crurale, formée en partie par la branche horizontale du pubis, a très peu de tendance à se resserrer. Cette ouverture très déclive offre aux viscères une issue presque directe. Comme ici il n'y a pas de parois à rapprocher, à appliquer l'une contre l'autre, l'usage continu du bandage amène rarement la guérison radicale. Si on la tente par la compression, il faut que le bandage reste appliqué nuit et jour, sans interruption, pendant plusieurs années. C'est pour un cas de hernie crurale que Jameson de Baltimore imagina sa méthode autoplastique.

Kélotomie. Une incision simple, parallèle au grand diamètre de la tumeur et dépassant de dix ou douze millimètres les deux extrémités de ce diamètre de la hernie, pourra suffire si la hernie est petite; si elle est volumineuse, l'incision simple serait insuffisante; il faudrait pratiquer une incision en T ou en +. Pelletan et Dupuytren avaient souvent recours à l'incision cruciale. A. Cooper la faisait toujours en ⊥ renversé. L'incision simple guérit plus promptement; mais l'incision composée met bien mieux à découvert les organes herniés, et rend le débridement plus facile. Si on a préféré l'incision cruciale ou en ⊥ renversé, on se rappellera la disposition de la grande saphène, qui pourrait répondre à la branche inférieure de l'incision. Le fascia superficialis est divisé dans la même direction et la même étendue que la peau; son incision met à nu le fascia propria; celui-ci, formé, comme je l'ai dit, par le septum crurale et la gaîne celluleuse des vaisseaux lymphatiques fémoraux, sort du canal crural avec le sac qu'il enveloppe, et dont il a exactement la forme. Il est mince, et sa transparence laisse voir le tissu adipeux qui double souvent le sac. L'incision du fascia pro-

Digitized by Google

pria met à nu le sac dans toute son étendue. Les tissus qui séparent le sac de la peau ont très peu d'épaisseur chez les sujets maigres : aussi doivent-ils être divisés avec beaucoup de précautions dans ce cas. Il arrive souvent à des opérateurs peu exercés de prendre le fascia propria pour le sac, et le tissu adipeux qui double celui-ci pour l'épiploon adhérent à l'intestin ; on prévoit les conséquences possibles d'une pareille erreur ; si le chirurgien ne la reconnaît pas, le débridement sera opéré en dehors du sac, et si alors l'étranglement a son siége au collet de cette poche, la hernie ne pourra être réduite ou sera repoussée encore étranglée dans le ventre.

Après l'incision du sac, on porte le doigt vers l'étranglement. Suivant Pott, il serait souvent possible de réduire la hernie crurale sans débrider : mais cette assertion du chirurgien anglais est évidemment erronée. Les cas où on pourrait se dispenser de débrider sont bien rares dans la hernie crurale. Dans quel sens donc doit-on porter le débridement ? Pott conseillait de conduire le bistouri sur la pulpe de l'index, derrière le bord de l'arcade crurale, et de faire là un très petit débridement (*Œuvres chirurgicales*, t. I, p. 393). D'autres ont débridé directement en haut et en dedans, en haut et en dehors, sur le ligament de Fallope ; Gimbernat débrida sur le ligament qui a conservé son nom : ce chirurgien espagnol portait le bistouri sur la partie postérieure de la base de ce ligament, et dirigeait le tranchant en bas et en dedans ; il détachait ainsi le ligament de l'arcade crurale ; le débridement ainsi opéré était parallèle au cordon spermatique, dont l'artère était ainsi sûrement évitée. Scarpa, Boyer, Lawrence et un grand nombre d'autres chirurgiens, ont adopté le débridement en dedans ; mais tous ne l'ont pas compris comme le chirurgien espagnol ; la plupart ont débridé parallèlement à la branche horizontale du pubis. Scarpa, qui a adopté exactement le mode de débridement de Gimbernat, dit qu'il met sûrement à l'abri de la lésion du cordon, et que, pourvu qu'on n'enfonce pas trop le bistouri, on évite la lésion des artères, qui, par anomalie, pourraient se trouver en dedans du col de la hernie, car ces vaisseaux, qui ont une direction verticale, ne sont pas immédiatement appliqués sur la face postérieure de ce ligament qui se joint à l'arcade crurale sous un angle obtus ouvert en arrière.

A. Cooper rejette le procédé de Gimbernat ; suivant lui, ce mode de débridement, d'une exécution difficile à cause de la situation profonde du ligament sur lequel il porte, expose l'intestin à être

Digitized by Google

déchiré par les tractions en dehors qu'on lui fait subir pour faire place au bistouri, ou être blessé par cet instrument qu'on est obligé d'introduire sur la sonde cannelée ou même sans conducteur, à cause de l'étroitesse de l'ouverture crurale. A. Cooper reproche encore au débridement en dedans son insuffisance pour les hernies d'un grand volume, et le danger auquel il expose l'artère obturatrice dans les cas où, née un peu haut de l'épigastrique, cette artère contourne en dedans le col de la hernie, enfin la difficulté extrême de lier cette artère (p. 332). Après avoir incisé le sac jusqu'à la gaîne crurale, ce chirurgien introduit l'index dans ce même sac, au-devant des viscères, et incise la paroi antérieure de la gaîne jusqu'à l'arcade. Ce débridement suffit, dit-il, dans les hernies d'un petit volume; mais s'il est insuffisant, le praticien anglais fait un second débridement par lequel il divise très superficiellement le bord postérieur du ligament de Fallope; s'il est obligé de diviser en entier ce ligament, il le fait en dirigeant le tranchant du bistouri vers l'ombilic. Quand il débride ainsi chez l'homme, A. Cooper éloigne le cordon spermatique du tranchant du bistouri, en le soulevant à travers une incision qu'il pratique à l'aponévrose du grand oblique, parallèlement au ligament de Fallope, à 6 millimètres environ au-dessus du collet de la hernie, au moyen d'un crochet qu'il confie à un aide. Ce procédé est compliqué, et a de plus l'inconvénient d'affaiblir l'aponévrose du grand oblique.

Dupuytren débridait en haut et en dehors avec un bistouri boutonné courbe, tranchant sur la convexité. Ce mode de débridement est celui que préconisent MM. Sanson et Goyrand (1); mais ce dernier nous paraît l'avoir conçu autrement que Dupuytren; c'est sur le repli falciforme du fascia lata que M. Goyrand veut débrider, et nullement sur le ligament de Fallope.

Les travaux anatomiques tout modernes, ceux surtout de M. Demeaux sur la hernie crurale (2), ont singulièrement simplifié la question du débridement de cette hernie. En effet, si l'étranglement est toujours produit par l'anneau que forme l'ouverture vasculaire dilatée du fascia cribriformis ou par le collet du sac, à quoi servira la section des ligaments de Fallope et de Gimbernat? Les débridements pratiqués sur ces ligaments n'ont réussi que parce qu'ils

(1) *Gazette des hôpitaux*, t. VIII, p. 49, année 1834.
(2) *Annales de la chirurgie*, Paris, 1842, t. V, p. 342.

Digitized by Google

étaient infailliblement accompagnés de la division du pourtour de l'anneau du fascia cribriformis et du col du sac. Les débridements en haut et en dehors de Dupuytren, Sanson et M. Goyrand, le débridement en haut de M. Velpeau, ne sont que des incisions de l'anneau du fascia cribriformis, prolongées jusque sur le repli falciforme du fascia lata, ou même au-delà. Quelle que soit la direction qu'on donne au débridement pratiqué sur cet anneau, ce débridement réussira à dégager la hernie. On ne débridera pas en bas de crainte de léser la grande veine saphène ; mais la demi-circonférence supérieure de l'ouverture peut être débridée sans crainte dans toutes les directions, car les vaisseaux qui, par disposition normale, par anomalie, sont placés au voisinage de l'ouverture crurale, du côté de l'abdomen, sont toujours à plus d'un centimètre du pourtour de cet anneau fibreux.

Dans la hernie crurale, l'étranglement est toujours serré, et le débridement est difficile. Le débridement multiple pratiqué avec le bistouri mousse sur ma spatule cannelée, se présente ici avec tous ses avantages.

La hernie crurale est celle dans laquelle le débridement pratiqué en dehors du sac et sans ouverture de cette poche, paraît avoir réussi le plus souvent.

IV. HERNIE OMBILICALE. — EXOMPHALE OU OMPHALOCÈLE.

Je comprendrai sous ces dénominations, non seulement les hernies qui se font par l'ouverture ombilicale elle-même, mais encore celles qui sortent par une écaillure des tissus fibreux qui entourent cette ouverture (*hernies ad-ombilicales de Gerdy*).

Anatomie. Pendant la vie intra-utérine est une ouverture annulaire située au centre de la ligne blanche ; elle donne passage aux vaisseaux qui lient la mère au fœtus : c'est ce qu'on appelle l'anneau ombilical. La veine ombilicale occupe la partie supérieure de cette ouverture, et est séparée des artères ombilicales et de l'ouraque, qui en occupent la partie inférieure par une cloison celluleuse. Toutes ces parties sont unies au pourtour de l'anneau par un tissu cellulaire assez serré ; arrivées dans le ventre, elles s'écartent pour se porter, la veine en haut, vers le sillon longitudinal du foie, les artères et l'ouraque en bas : en s'éloignant ainsi, ces différents cordons soulèvent, en plis triangulaires, le péritoine qui adhère assez intimement à leur surface. A l'extérieur, les artères et la veine réunies en faisceau forment le cordon dont les éléments, réunis par du tissu cellulaire, sont enveloppés par une membrane diaphane qui se continue avec l'amnios. La peau de l'abdomen forme sur l'ori-

Digitized by Google

gine du cordon une gaîne de quelques millimètres, qui se termine brusquement par un bord arrondi et se continue avec l'enveloppe amniotique du faisceau vasculaire.

Dans les premiers mois de la vie intra-utérine, les appareils digestifs et biliaires se trouvent dans le cordon ombilical; peu à peu, par une rétraction lente, ces viscères sont attirés dans le ventre, dont la paroi antérieure se forme, et après le troisième mois de la vie fœtale, ils sont en entier dans l'abdomen. Mais par un arrêt de développement, il peut se faire que la paroi abdominale antérieure reste incomplète, et qu'une partie des viscères abdominaux, au lieu d'être attirés dans l'abdomen, reste dans le cordon. Le foie, l'estomac, le gros intestin, sont les premiers attirés dans la cavité abdominale; l'intestin est le dernier à y entrer. Dans la plupart des cas de hernie ombilicale congénitale, il ne reste dans le cordon ombilical qu'une anse du petit intestin; mais presque tous les viscères abdominaux peuvent aussi rester au dehors. Tel est le mécanisme de la hernie ombilicale congéniale; il diffère essentiellement de celui des hernies accidentelles, et même des hernies inguinales dites congéniales. Dans les cas dont je viens de m'occuper en ce moment, les viscères herniés ne se sont pas échappés de la cavité abdominale, puisqu'ils n'ont jamais occupé cette région (1).

Quand les viscères abdominaux se sont tous logés dans le ventre, il n'existe plus de communication entre la cavité péritonéale et le cordon; le péritoine contracte alors des adhérences assez solides avec la face postérieure de l'anneau ombilical.

A l'époque de la naissance, l'ouraque est transformée en un cordon plein; les vaisseaux ombilicaux s'oblitèrent et forment aussi des cordons. Toute la partie de ces vaisseaux qui se trouve à l'extérieur, recouverte par le feuillet amniotique, se sèche et est détachée du cinquième au huitième jour par une inflammation éliminative. Après la chute du cordon, une cicatrice solide se forme sur l'extrémité des vaisseaux ombilicaux oblitérés qui est embrassée par l'anneau. Cette ouverture se resserre sur les vaisseaux; la cicatrice fortifie l'union de toutes ces parties, qui deviennent de plus en plus résistantes, et restent toujours au niveau de l'ouverture de la ligne blanche. Ce qui fait paraître la cicatrice ombilicale enfoncée, c'est la graisse qui s'accumule sous la peau, autour de cette cicatrice, tandis qu'il ne peut en être déposé dans l'épaisseur même de la cicatrice, qui par cette cause ne s'élève jamais au-dessus du niveau de la ligne blanche.

L'anneau ombilical ainsi oblitéré devient si résistant que, chez l'adulte, la hernie ombilicale sort peut-être aussi souvent par un éraillement de la ligne blanche, qui se fait au-dessus ou au-dessous et sur les côtés de l'ouverture ombilicale, que par l'anneau même.

(1) Voyez tome I, page 221, ce que j'ai dit des déplacements en général. On trouvera ceci : « Le déplacement ne consiste pas toujours en ce qu'un organe a quitté sa place, mais aussi en ce qu'il n'est pas venu occuper cette même place qui lui était destinée. Ainsi, à la rigueur on ne devrait pas toujours dire que tel organe est déplacé, mais qu'il n'a pas été convenablement placé. »

Digitized by Google

La hernie ombilicale se rencontre très communément ; elle est cependant moins fréquente que les hernies inguinale et crurale.

1° *Sac*. La hernie ombilicale a-t-elle un sac? Les anciens, J.-L. Petit encore, ne l'admettaient pas. Pott a soutenu que le sac existe. Voici à cet égard quelques explications. Quant à la hernie congénitale, les viscères sont enveloppés dans un sac séreux, continu au péritoine, et séparé de l'enveloppe amniotique du cordon par un tissu cellulaire assez lâche dans certains points, et dans lequel se trouvent, en haut la veine, en bas les artères ombilicales, qui convergent vers le sommet de la tumeur où ces vaisseaux se réunissent pour former le cordon. Quant à la hernie ombilicale centrale, qui se forme par la dilatation et le déploiement en membrane de la cicatrice, le sac, distinct dans les premiers temps, peut, par l'effet de la forte compression à laquelle il est soumis entre les viscères et la cicatrice, contracter avec la membrane qui résulte de la distension de cette dernière des adhérences tellement intimes, qu'il ne forme plus avec elle qu'une enveloppe mince, assez transparente pour laisser distinguer à travers son épaisseur la nature, la forme et la couleur des parties contenues dans la hernie, enveloppe qu'on ne peut séparer en plusieurs feuillets : en effet, elle ne présente plus alors deux membranes, mais seulement deux surfaces, dont l'une extérieure, cutanée et sèche, l'autre intérieure, séreuse, communiquant avec la cavité péritonéale. Telle était sans doute la disposition de la pièce pathologique du docteur Marshall, dont parle A. Cooper (pag. 206); le praticien anglais dit qu'on n'y voyait point de vestiges de sac, et que les organes herniés étaient en contact avec la peau. Dans le cas même où on pourrait douter de l'existence du sac, une dissection attentive le séparera de l'enveloppe extérieure au voisinage de l'anneau. Le sac est alors excessivement mince; il est formé bien plus par la distension de la partie du péritoine qui adhère à la face postérieure de la cicatrice ombilicale que par le déplacement des parties voisines. Les dissections que j'ai eu occasion de faire ne me laissent pas de doute à cet égard : *le sac existe toujours dans la hernie ombilicale.*

Dans les cas de hernies ad-ombilicales et dans celles qui sortent entre l'anneau et l'extrémité des vaisseaux ombilicaux, sur les côtés de la cicatrice ombilicale, et qui sont sans contredit les plus fréquentes chez l'adulte, le sac, toujours bien distinct et semblable à celui des autres hernies, cesse bientôt de répondre, centre pour

Digitized by Google

centre, à l'ouverture abdominale; cette enveloppe tend à se développer sur le point de la paroi du ventre correspondant à l'ouverture qui donne passage à la hernie. Dans ces deux variétés de l'exomphale, quand elles sont peu volumineuses, on peut distinguer sur le sac un mince prolongement du fascia transversalis; le fascia superficialis forme aussi à cette hernie une enveloppe distincte; enfin, la peau qui le recouvre est doublée d'une quantité variable de graisse : si cette graisse est abondante, elle diminue la saillie de la hernie, et la résistance qu'elle oppose à son développement est cause que la tumeur s'étend d'une manière presque égale en tous sens, et prend une forme sphérique, tandis qu'elle s'allonge souvent en bas, et devient pyriforme chez les sujets très maigres.

Aucun vaisseau superficiel de quelque importance ne passe au-devant de cette hernie, qui, par son collet, avec les cordons résultant de l'altération de l'ouraque, des artères et de la veine ombilicale, a des rapports qui varient suivant la manière dont elle s'est formée. Dans quelques cas rares, la veine conserve sa cavité, et contient du sang chez l'adulte.

Parties contenues. Les parties contenues dans la hernie ombilicale diffèrent suivant que celle-ci est congénitale ou accidentelle. Une petite hernie congénitale est ordinairement formée par une anse d'intestin grêle. Chez l'adulte, elle contient presque toujours de l'épiploon, avec ou sans une anse intestinale. A. Cooper n'a jamais vu chez l'adulte une exomphale qui ne renfermât pas d'épiploon; M. Goyrand en a cependant débridé une chez une femme de soixante-douze ans qui ne contenait qu'une anse d'intestin grêle. Le jéjunum et le colon transverse sont les intestins qui se trouvent ordinairement dans cette hernie; on y a rencontré une portion de l'estomac, du foie, de la rate.

Volume. Le volume de l'exomphale varie infiniment; elle est dans certains cas assez petite pour être difficilement reconnue; d'autres fois, elle est énorme; Ramby y a trouvé plus de deux aunes d'intestin, et un tiers de l'estomac; toutes ces parties adhéraient entre elles. A. Cooper a vu une hernie ombilicale qui avait 20 pouces de longueur et 17 pouces de largeur (mesure anglaise). La hernie congénitale forme quelquefois une énorme poche, qui, communiquant par une large ouverture avec l'abdomen, renferme la plus grande partie des viscères qui devraient se trouver dans cette cavité. M. Goyrand a disséqué un fœtus mort-né chez lequel, dans

Digitized by Google

un sac énorme recouvert par l'enveloppe amniotique du cordon et communiquant avec l'abdomen par une très large ouverture, se trouvaient le paquet intestinal, l'estomac, la rate et le foie. La cavité abdominale, réduite à de très petites dimensions, ne renfermait que le duodénum, le rectum, le pancréas et l'appareil urinaire. Les artères ombilicales passaient sous la hernie pour aller de l'enfant au placenta; quant à la veine, elle s'engageait dans le sillon longitudinal du foie dès son arrivée à la poche herniaire.

Nombre. Deux hernies ombilicales accidentelles peuvent exister chez le même sujet. A. Cooper a vu deux fois des hernies ombilicales doubles chez deux femmes adultes.

Causes et mécanisme. Un anneau ombilical trop large pour embrasser étroitement l'extrémité des vaisseaux ombilicaux, disposition qui se rencontre chez quelques jeunes enfants; une dilatation progressive de cette ouverture avec séparation des différentes parties dont la réunion intime constitue la cicatrice ombilicale, par des grossesses répétées ou une hydropisie du bas-ventre, prédisposent à la hernie ombilicale; c'est assez dire qu'à l'âge adulte on la rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme. Les cris fréquents des nouveaux-nés, la compression du ventre par les langes, des efforts violents et répétés, la pression soutenue qu'exerce d'arrière en avant, sur la cicatrice ombilicale, l'eau épanchée dans le péritoine, dans l'hydropisie ascite, en sont les causes déterminantes. Ces dernières agiront de diverses manières sur les différents tissus qui forment l'ombilic. Tantôt, les cordons résultant de l'oblitération des vaisseaux ombilicaux, séparés les uns des autres et encore adhérents au pourtour de l'anneau, laisseront passer entre eux la hernie dont l'enveloppe extérieure, très mince et transparente en ce cas, sera formée par le tissu distendu de la cicatrice. D'autres fois, les vaisseaux qui adhèrent intimement entre eux par leurs extrémités seront séparés du pourtour de l'anneau, et poussés en avant avec la cicatrice distendue : alors, la hernie présente plusieurs lobes séparés par des sillons; ces sillons seront produits par la résistance des vaisseaux qui, encore unis entre eux au sommet de la tumeur, divergent pour se porter dans l'ouverture ombilicale, et qui, plus résistants que la cicatrice, ne se sont pas laissé distendre autant qu'elle. J'ai vu cette disposition bien marquée chez un adulte atteint d'une hydropisie ascite. Souvent, les vaisseaux resteront adhérents entre eux, et seront séparés d'un des côtés de l'anneau;

Digitized by Google

la cicatrice ombilicale sera alors à peine déplacée; la hernie se développera à côté de cette cicatrice, aura une enveloppe cutanée, épaisse, doublée de graisse, et ne différera pas, quant aux caractères extérieurs, de la hernie ad-ombilicale. C'est sans doute cette situation latérale que présente ordinairement la hernie ombilicale accidentelle qui avait fait croire à J.-L. Petit que presque toutes les hernies ombilicales des adultes se faisaient par un éraillement de la ligne blanche. Des dissections nombreuses ont prouvé à A. Cooper qu'il existe chez les adultes bien plus de vraies hernies ombilicales que de hernies ad-ombilicales.

L'anatomie pathologique de la hernie ombilicale est peu compliquée. Dans la hernie congénitale et dans celle qui se fait par le centre de la cicatrice, l'anneau est rond; il est plutôt elliptique ou ovalaire dans la hernie ad-ombilicale et dans celle qui se fait entre les vaisseaux et le pourtour de l'anneau. Ses dimensions varient beaucoup; il est très large dans certaines éventrations congénitales; ses bords sont minces, tranchants, résistants.

Symptômes et diagnostic. Les symptômes de la hernie exomphale se trouvent naturellement exposés dans les généralités qui se trouvent en tête de cet article et dans la description anatomique que je viens de donner de cette hernie. Une éventration ombilicale congénitale sera toujours facile à reconnaître; ses enveloppes, ordinairement minces et diaphanes, laissent voir la forme et la couleur des viscères qui la forment. Si la hernie congénitale ne contient qu'une anse d'intestin grêle, il ne sera pas aussi facile de la reconnaître. Dans des cas de ce genre, il est arrivé à des accoucheurs de poser la ligature du cordon sur la hernie; on prévoit les suites d'une pareille faute : aussi est-il prudent de ne jamais lier le cordon ombilical à moins de 30 ou 36 millimètres de l'ombilic. La hernie ad-ombilicale et celle qui sort entre le pourtour de l'anneau et les cordons résultant de l'oblitération des vaisseaux à côté de la cicatrice ombilicale peuvent, si elles sont petites, ne faire aucune saillie appréciable chez un sujet très gras. La hernie centrale se distinguera par sa situation, par le peu d'épaisseur et la transparence de ses enveloppes; enfin, il ne sera guère possible de distinguer la hernie sortie entre le pourtour de l'anneau et les vaisseaux oblitérés de la hernie ad-ombilicale; mais cette distinction serait tout-à-fait sans importance sous le point de vue pratique.

Pronostic. Le pronostic de la hernie exomphale varie suivant les

Digitized by Google

circonstances. La hernie congénitale, peu volumineuse et réductible, ne compromet pas la vie de l'enfant, pourvu qu'elle soit reconnue; mais si à cause de son grand volume elle ne peut être réduite, elle doit ordinairement entraîner la mort. M. Lécorché-Colombe rencontre chez un nouveau-né une hernie ombilicale contenant tout le lobe gauche du foie et une partie de la vésicule biliaire; il essaie en vain de réduire, applique un appareil compressif composé de bandelettes agglutinatives et de quelques compresses carrées fixées par une bande, pour faire rentrer peu à peu l'organe déplacé; le petit malade périt en quelques jours (*Gazette médic.*, 1836, pag. 190). Cependant la science possède aujourd'hui deux faits qui sont de nature à modifier un légèrement ce fâcheux pronostic. L'un de ces faits a été publié par M. Goyrand (*Ann. de chirurg.*, tom. X, pag. 43); l'autre par M. Thélu, de Dunkerque (*Journal de chirurgie*, 1844, pag. 187). Il s'agit, dans les deux cas, d'éventrations énormes. Chez le petit malade de M. Goyrand, la réduction était d'une absolue impossibilité. Le cordon et l'enveloppe amniotique de la hernie ont été détachés par une inflammation éliminative; le sac herniaire est resté couvert de bourgeons charnus, fournissant une suppuration de bonne nature. L'enfant a vécu bien portant pendant plus de deux mois, et a succombé, après ce temps, à un iléus qui paraît avoir été occasionné par la compression que les viscères ont subie dans la hernie, par suite de la diminution de capacité de la cavité herniaire : ce resserrement de la poche peut être attribué à la rétractilité du tissu inodulaire qui attirait trop fortement la peau vers le sommet de la tumeur. Chez la petite malade de M. Thélu, la hernie a pu être réduite à moitié, le premier jour, par une pression soutenue; une compression a été ensuite exercée sur la tumeur, au moyen de compresses épaisses imbibées d'huile, et soutenues par un bandage de corps. Le dixième jour, la réduction était complète; le cordon s'était détaché. Le vingt-septième jour, l'enfant était guéri, et il ne restait, à la place de la hernie, qu'une cicatrice inégale, en losange, ayant 1 centimètre d'étendue de haut en bas, et 6 millimètres d'un côté à l'autre. L'enfant a grandi, et M. Thélu l'a revu jeune fille quatorze ans plus tard. Il ne lui restait rien de son infirmité.

Digitized by Google

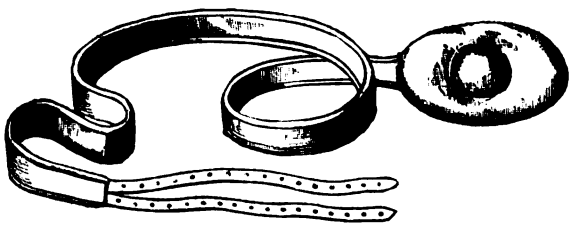
Manœuvres et opérations motivées par les hernies ombilicales.

Taxis. Pour la réduction, le malade est couché sur le dos; la paroi abdominale est mise dans le relâchement par une légère flexion du tronc et des extrémités abdominales, et le taxis est exercé suivant la direction de l'axe du sac, c'est-à-dire, tantôt directement en arrière, tantôt obliquement.

La hernie ombilicale doit, comme toutes les autres, être contenue avec soin; c'est même là la seule indication que présente la hernie accidentelle simple. Une contention exacte peut, dans des circonstances heureuses, amener la guérison radicale; c'est ce qu'on observe chez les jeunes sujets; c'est encore ce que j'ai vu chez un homme adulte qui avait été atteint d'une omphalocèle centrale pendant le cours d'une hydropisie ascite. L'hydropisie guérit, et quand les parois du ventre furent revenues sur elles-mêmes, l'usage continu du brayer détermina le resserrement de l'anneau ombilical et opéra ainsi la guérison radicale de la hernie.

Bandage. J'ai déjà décrit le bandage que je représente ici fig. 83.

Fig. 83.



Si le sujet a un grand embonpoint, la pelote ombilicale ordinaire est souvent insuffisante. C'est alors qu'A. Cooper plaçait sur l'anneau une demi-bille d'ivoire d'un volume proportionné à la dilatation de cette ouverture, qu'il fixait au moyen de la pelote appliquée par-dessus; quelquefois le praticien anglais fixait cette demi-bille au moyen d'un emplâtre agglutinatif et d'une bande; enfin, si le sujet ne pouvait supporter la compression du brayer ou de la bande, il la fixait au moyen d'un double emplâtre carré très agglutinatif (pag. 337). Quand il avait affaire à une hernie d'un très petit volume, A. Cooper la contenait quelquefois au moyen de plusieurs disques d'emplâtres agglutinatifs superposés; il donnait au premier de ces disques des dimensions à peu près égales à celles de l'ouver-

Digitized by Google

ture ombilicale, et augmentait successivement la largeur des autres, de telle manière que l'ensemble du petit appareil formait un cône dont le sommet correspondait au nombril, et qu'il fixait au moyen du dernier emplâtre très adhésif et beaucoup plus grand. Ce moyen compressif a guéri radicalement d'une hernie ombilicale consécutive à une ascite, un médecin qui était traité par A. Cooper (pag. 337). Chez les nouveaux-nés et les très jeunes enfants, la compression est exercée au moyen d'une pelote en liége fixée par une bande circulaire.

Cure radicale. La simple compression offre bien plus de chances de guérison radicale chez les nouveaux-nés et les jeunes enfants que chez les adultes; ce moyen est seul employé par la plupart des chirurgiens : cependant on a mis en pratique, surtout contre la hernie ombilicale congénitale, un autre moyen de guérison radicale, la ligature.

Cette opération a été pratiquée de diverses manières, et j'ai indiqué ailleurs (voyez l'article *Hernies en général*) ces procédés divers, qui sont pour la plupart décrits par Celse. La ligature circulaire simple est seule restée dans la pratique; voici comment on l'exécute : après avoir réduit exactement la hernie, le chirurgien fait exercer par un aide quelques tractions sur la poche, et applique le plus près possible de l'anneau une ligature circulaire bien serrée au moyen d'un ruban de fil ciré. Après avoir ainsi lié la poche, Fabrice d'Aquapendente la cautérisait au-dessous de la ligature, *soit avec des médicaments, soit avec un ferrement chaud, jusqu'à ce qu'elle se meure*. On sent l'inutilité de cette cautérisation. La ligature appliquée, on fait sur la poche un pansement simple; le surlendemain de l'opération, la ligature est ordinairement relâchée; on en applique une seconde; quelquefois une troisième devient nécessaire. La poche se détache après huit ou dix jours, et laisse une petite plaie qui est bientôt guérie. Après la chute de la poche, il faut pendant plusieurs mois tenir sur l'ombilic un bandage compressif.

Suivant Celse, l'âge le plus favorable au traitement de la hernie ombilicale par la ligature était celui de sept à quatorze ans; les praticiens qui de nos jours ont eu recours à ce moyen ne l'ont appliqué que dans les premiers mois de la vie. Un chirurgien de Lyon a, cependant, pratiqué la ligature avec succès chez un enfant de huit mois. Cette méthode est très peu usitée maintenant. Elle a été blâmée et rejetée par Pott, Sabatier, Scarpa, A. Cooper. Suivant

Digitized by Google

ces praticiens, la ligature, très douloureuse, peut occasionner des convulsions, enflammer le sac et le péritoine, et ne saurait guérir les malades sans l'aide de la compression. Desault et Dupuytren ont autrement jugé cette méthode. Ces chirurgiens, qui l'ont mise souvent en pratique, n'ont pas vu survenir les accidents redoutés par ses détracteurs, et en ont obtenu de très bons résultats. Dans le cas où la hernie est très saillante et n'a pas une large base, j'aurais volontiers recours à la ligature, dont les effets seraient plus prompts que ceux de la simple compression (1).

La hernie ombilicale négligée devient assez souvent irréductible en totalité ou en partie, soit par suite de l'engorgement du mésentère ou de l'épiploon, soit par des adhérences. Dans ce cas, on est obligé de se borner à la soutenir de manière à empêcher son accroissement; c'est ce qu'on fait au moyen de la pelote concave, si la partie irréductible de la hernie est peu volumineuse, tandis qu'on appliquera une large ceinture dont la disposition varie suivant le cas, si la pelote concave n'est pas applicable.

Kélotomie. Les hernies ombilicales volumineuses s'engouent assez fréquemment; elles s'étranglent moins souvent que les hernies inguinales et crurales; elles sont toutefois susceptibles d'étranglement fort grave. Dans la hernie centrale, les enveloppes excessivement minces et confondues ensemble ne peuvent quelquefois pas résister à la tension qu'elles subissent dans l'étranglement, et sont alors frappées de gangrène. Tous les sujets chez lesquels A. Cooper a observé cette gangrène ont succombé.

L'opération que nécessite l'étranglement de la hernie exomphale se pratique de la manière suivante : on fait à la peau une incision simple et longitudinale si la hernie est petite, une incision en T cruciale ou en croissant pour peu qu'elle soit volumineuse. Les téguments étant ordinairement tendus, on ne peut former un pli pour inciser de son sommet à sa base. On incisera donc comme s'il fallait découvrir une artère, et avec d'autant plus de ménagements que les parties déplacées sont très superficielles, qu'il n'y a pas ordinairement de liquide dans le sac, lequel d'ailleurs n'est pas tou-

(1) Voyez d'ailleurs la thèse de concours du docteur A. Thierry (*Des diverses méthodes opératoires pour la cure radicale des hernies*, Paris, 1841, in-8°), dans laquelle se trouve une sage appréciation de tous les moyens employés pour la cure radicale des hernies.

Digitized by Google

jours *isolable*. C'est surtout dans cette hernie qu'on rencontre d'abord de l'épiploon. N'allez pas croire qu'il soit seul, car le plus souvent il coiffe une anse intestinale qui s'étrangle parfois dans des replis et à travers des ouvertures de cette membrane. Il arrive que son déplissement et un changement de rapports avec l'intestin sont suffisants pour que la réduction s'opère, et le débridement est inutile. Il faut réduire l'intestin en premier, car il sort le dernier, et il est plus profond que l'épiploon.

Le *débridement multiple* trouve ici une nouvelle application; il met à l'abri des craintes qu'on peut avoir d'atteindre le foie, de blesser la veine ou les artères ombilicales, et même l'ouraque ou les veines anormales signalées par MM. Menière, Manec, Velpeau.

V. HERNIES DE LA LIGNE BLANCHE ET AUTRES HERNIES VENTRALES.

Variétés. Les hernies de la ligne blanche se font tantôt à travers une dilatation générale de cette bande fibreuse, tantôt par une perforation, une ouverture annulaire. Dans le premier cas, le relâchement peut exister dans toute la longueur de la ligne blanche, de l'appendice xiphoïde au pubis, ou n'occuper que la partie sus-ombilicale ou sous-ombilicale. Il peut arriver que l'ombilic résistant à la dilatation, il se forme une de ces hernies au-dessus, l'autre au-dessous de l'ombilic (J.-L. Petit, p. 256); le plus souvent c'est la partie sous-ombilicale de la ligne blanche qui est dilatée. Dans ces hernies, il existe entre les deux muscles droits un écartement plus ou moins grand, et dans l'intervalle de ces corps charnus, les tissus fibreux amincis, et ayant augmenté beaucoup d'étendue transversale, ne peuvent résister à la pression des viscères; alors, quand le malade se livre à quelque effort, ces tissus se laissent soulever par les organes flottants de la cavité abdominale qui forment une tumeur allongée dans le sens de la ligne médiane, et plus ou moins saillante. Il n'y a donc point ici solution de continuité de la ligne blanche, mais seulement distension de cette ligne et des parties fibreuses qui s'y rendent, amincissement et allongement de ces tissus.

Les hernies de la ligne blanche sont beaucoup plus fréquentes que les autres hernies ventrales : cependant il peut s'en rencontrer dans tous les points des parois antérieures et latérales de l'abdomen. A. Cooper en a vu trois qui s'étaient opérées à travers les tissus apo-

Digitized by Google

névrotiques par lesquels se terminent les muscles larges de l'abdomen en dehors du muscle droit; elles étaient toutes les trois au-dessous du niveau de l'ombilic (pag. 355). Ledran a observé une hernie épiploïque dans la gaîne du muscle droit du côté gauche, tout près des fausses côtes; elle était recouverte par ce muscle; l'épiploon qui la formait suppura; et quand l'abcès fut formé, Ledran l'ouvrit, fit au muscle droit une incision en T, dont il excisa les deux lambeaux; la portion herniée de l'épiploon était du volume d'une petite pomme (*Obs. chir.*, t. II, pag. 45). J.-L. Petit a vu une hernie du volume d'une tête d'enfant située entre les fausses côtes et la partie postérieure du muscle transverse du côté gauche : elle disparaissait par la pression et dans la position horizontale; elle s'étrangla un jour (t. II, pag. 257).

MM. Decaisnes et Vanvarenberg ont observé ensemble, chez un enfant de six ans, une hernie du volume d'un œuf, occupant la même place que celle décrite par Petit. Cette hernie s'était formée dans une chute de trente pieds de hauteur sur des palissades.

Composition. La composition des hernies ventrales diffère peu des hernies ombilicales, latérales et ad-ombilicales; leurs enveloppes sont disposées dans l'ordre que voici en procédant des viscères vers la peau :

1° Toutes ont un sac, même celles en rapport avec la cicatrice d'une plaie pénétrante de l'abdomen. Seulement, dans ces dernières, le sac présente une cicatrice analogue à celle que M. Goyrand a trouvée au sac d'une hernie qui s'était reproduite après un débridement qui avait entraîné la destruction d'un premier sac.

2° Sur le sac se trouve le fascia transversalis, qui, d'autres fois, est traversé par le sac. Dans les hernies latérales situées au-dessous de l'ombilic, l'enveloppe formée par ce fascia sera très distincte si elle existe. Si la hernie s'est faite à travers la ligne blanche, le fascia transversalis, très dense et très adhérent aux parties qu'il sépare, s'isole moins facilement; il sera encore très peu distinct si la hernie a son siége aux parties supérieures ou latérales du ventre.

3° Sur le fascia transversalis, on trouve le fascia superficialis plus distinct inférieurement et sur les côtés de la ligne médiane que sur cette ligne même et sur les parties supérieures et latérales des parois de l'abdomen.

4° Enfin la peau.

Dans les cas de hernies qui résultent de la distension de la ligne

Digitized by Google

blanche, les fascia transversalis et superficialis sont séparés l'un de l'autre par une couche fibreuse résistante, formée par la ligne blanche et les tissus aponévrotiques voisins, distendus et allongés.

Les hernies qui s'opèrent par une perforation des tissus musculaire et fibreux ont un pédicule souvent fort étroit, quand elles sortent par une ouverture vasculaire dilatée, ordinairement large, quand elles se font à la faveur d'une cicatrice ou à la suite d'un coup violent qui, sans entamer la peau, a déchiré profondément les couches musculaires et fibreuses de la paroi abdominale. On pourrait dire que les hernies qui proéminent sous la ligne blanche relâchée n'ont pas de pédicule, car l'ouverture oblongue qui leur livre passage, et qui est limitée par les muscles droits, n'a guère moins d'étendue transversale que le point le plus large de la saillie semi-cylindrique qu'elles forment extérieurement.

La forme des hernies ventrales diffère suivant le siége de ces tumeurs. Celles qui résultent de la distension de la ligne blanche représentent un demi-cylindre longitudinal saillant sur la ligne médiane; celles qui sortent à travers une ouverture annulaire représentent généralement une portion de sphère; leur fond est le plus souvent situé un peu plus bas que leur collet.

Les hernies ventrales contiennent ordinairement une portion du grand épiploon et une anse, soit de l'intestin grêle, soit de l'arc du colon. Suivant quelques chirurgiens, une petite portion de l'estomac se rencontrerait assez souvent dans les hernies de la portion sus-ombilicale de la ligne blanche (1), mais la présence de l'estomac dans ces hernies n'est pas chose bien prouvée.

La grossesse dilate quelquefois à tel point la ligne blanche, que l'utérus, rempli par le produit de la conception, s'engage entre les deux muscles droits, et s'incline en avant et en bas, vers les cuisses; c'est cette disposition que les accoucheurs ont désignée sous le nom de *ventre en besace*.

Causes. Les hernies ventrales reconnaissent différentes causes. La laxité et la largeur anormales de la ligne blanche qui donnent lieu à une des variétés de ces hernies, tiennent quelquefois à une conformation vicieuse, à une faiblesse congénitale. Ce relâchement est bien plus souvent l'effet de la dilatation excessive de la paroi ab-

(1) Garengeot, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. I, p. 705, et Pipelet, *même ouvrage*, t. IV, p. 195.

Digitized by Google

dominale, par les grossesses, ou par une hydropisie ascite. Les ouvertures vasculaires des plans aponévrotiques peuvent se laisser dilater et livrer passage aux viscères. Les hernies graisseuses, dont j'ai exposé ailleurs le mécanisme, peuvent se former sur tous les points des parois abdominales formées par des tissus aponévrotiques. Un coup violent, un grand abcès qui se forme dans l'épaisseur de la paroi abdominale, peuvent diviser, amincir, user les parties charnues ou aponévrotiques de la paroi du ventre et en diminuer la résistance, au point de les rendre trop faibles pour résister à l'impulsion des viscères. La cicatrice d'une grande plaie pénétrante se laisse souvent soulever par les organes mobiles de l'abdomen. On conçoit, d'après ce que je viens de dire sur les causes et le mécanisme des hernies ventrales, que celles de la ligne blanche et celles qui se font à travers une ouverture naturelle dilatée des tissus aponévrotiques doivent être plus fréquentes chez la femme qui y est prédisposée par la tension extrême des parois du ventre qui est due aux grossesses, tandis que celles qui se font à travers les parties charnues, et qui résultent de coups, blessures ou efforts violents, doivent, au contraire, se rencontrer plus souvent chez les hommes. Mais les premières sont bien plus fréquentes que les autres.

Symptômes. Les symptômes locaux des hernies ventrales n'exigent pas une description particulière; celles qui occupent la partie supérieure de la ligne blanche ou la région épigastrique sont souvent accompagnées de désordres fonctionnels que Garengeot décrivit avec soin, et attribua sans preuves suffisantes au pincement de l'estomac (1). Ces prétendues hernies de l'estomac présentent les symptômes suivants : douleurs vives à l'épigastre, suffocation, nausées, vomissements fréquents, tiraillements d'estomac, dérangements habituels des digestions, constipations, hoquets, convulsions; si le malade se mouche, tousse ou éternue, il sent à l'épigastre un malaise qui l'oblige à y porter la main. La hernie qui produit tous ces désordres est souvent assez petite pour passer inaperçue; Pipelet en a observé une du volume d'un pois; le même chirurgien dit avoir vu la simple dilatation de la ligne blanche pouvant recevoir l'estomac, qui devait en effet s'y engager, produire tous ces symptômes, qui disparurent après l'application d'un bandage (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. II, p. 195).

(1) *Académie royale de chirurgie*, t. I, p. 703.

Digitized by Google

Les malades sont quelquefois tourmentés pendant de longues années avant que la nature de leur mal soit reconnue.

Aux symptômes que je viens d'exposer, Garengeot prétendait reconnaître que la hernie de la partie supérieure de la ligne blanche était formée par l'estomac ; mais cette opinion n'était établie sur aucune preuve certaine : en effet, Garengeot et Pipelet jeune, lequel avait adopté ses doctrines sur ce point, n'avaient pas eu occasion de disséquer des hernies de ce genre. Lapeyronie et Littre en disséquèrent chacun une, présentant tous les symptômes attribués par Garengeot et Pipelet à la hernie de l'estomac, et n'y trouvèrent qu'une portion de l'arc du colon.

Traitement. Pour réduire une hernie ventrale, on place le malade de telle manière que le point occupé par la hernie se trouve le plus élevé du ventre ; la pression est exercée directement en arrière, ou en arrière et en haut, suivant que le fond du sac répond directement à l'anneau ou qu'il se trouve plus déclive.

La forme du bandage variera suivant la disposition de la hernie. Celles qui s'opèrent par une ouverture annulaire de la ligne blanche sont contenues par les mêmes moyens que les hernies ombilicales. Les éventrations qui se font par un écartement de la ligne blanche peuvent être contenues par une large ceinture élastique, ou par un corset garni de baleines. Chez les enfants très jeunes, on peut remplir l'indication au moyen du bandage unissant des plaies en long.

Les hernies ventrales sont très rarement guéries radicalement.

Les hernies formées par une distension générale de la ligne blanche ne s'étranglent jamais ; l'étranglement ne se montre guère que dans celles qui sortent par une ouverture annulaire des aponévroses. Cet accident est d'autant plus à craindre, d'autant plus rapide et plus dangereux, que l'anneau fibreux est plus étroit et a des bords plus résistants.

Pour l'opération, on ne peut guère établir de règles précises. La hernie doit être mise à découvert par une incision longitudinale, en T, ou cruciale, suivant son volume. Le plus souvent, le sac n'est séparé de la peau que par des feuillets membraneux fort minces. Cependant la grosse hernie ventrale observée par J.-L. Petit, entre les dernières côtes et la crête iliaque, et qui s'était faite à travers l'aponévrose postérieure du muscle transverse, avant la division de cette aponévrose en trois feuillets, devait être recouverte, au moins en partie, par les muscles grand dorsal et grand oblique de l'abdomen. J'ai parlé d'une hernie épiploïque contenue dans

Digitized by Google

gaîne du muscle droit, et recouverte par ce muscle. Dans de pareils cas, il faudrait inciser très largement la couche musculaire qui recouvrirait le sac. Le débridement est, en général, dirigé en haut; mais si la hernie avait son siége vers la partie inférieure de la paroi du ventre, en dehors du muscle droit, son collet ne serait pas loin des vaisseaux épigastriques : il faudrait débrider du côté opposé à celui qu'occupent les vaisseaux (A. Cooper).

VI. HERNIE SOUS-PUBIENNE.

Cette hernie est rare; elle se fait par l'étroit canal obliquement dirigé en avant et en dedans, partie osseux, partie fibreux et musculaire, canal qui livre passage aux vaisseaux et nerfs sous-pubiens, à leur sortie du bassin (Voyez, fig. 73 *g*, un sac engagé dans ce canal).

Garengeot a été le premier à décrire cette hernie avec quelque exactitude; avant lui, Duvernay avait par hasard trouvé, chez une femme qu'il disséquait, deux tumeurs de cette espèce, une de chaque côté : ces hernies, toutes les deux intestinales, grosses comme des œufs de poule, s'étaient logées entre les extrémités supérieures du triceps (entre les adducteurs) et ne faisaient pas de saillie à l'extérieur. Un professeur d'anatomie de Strasbourg avait aussi trouvé dans ses dissections deux hernies sous-pubiennes, grosses comme des œufs de pigeon, existant chez le même sujet (cité par Garengeot). Garengeot a observé une de ces hernies qui s'est reproduite chez une femme accouchée depuis cinq jours, dans une chute sur la fesse droite : elle formait à la partie supérieure interne de la cuisse droite une tumeur longitudinale, faisant une saillie de deux travers de doigt, commençant à un doigt de la vulve et descendant le long de la cuisse, dans une étendue de 5 à 6 pouces (18 cent.). Quand Garengeot observa cette hernie, elle était étranglée; il parvint cependant à la réduire par le taxis, et après la réduction il resta un vide entre les deux têtes antérieures du triceps. A. Cooper a décrit une pièce pathologique conservée dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas, et qui présente, au-devant du trou ovale, un sac du volume d'une muscade. Cette hernie existait chez un homme, et fut trouvée par hasard dans une dissection. Enfin la hernie sous-pubienne a encore été observée par MM. H. et J. Cloquet, Hesselbach, Maréchal, Demeaux, etc.

Digitized by Google

Le sac de la hernie sous-pubienne se développe entre le muscle obturateur externe qui est en arrière, et les muscles pectiné et court adducteur qui le recouvrent. Dans le fait observé par M. Demeaux, le sac était situé derrière l'obturateur externe; l'ouverture qui livre passage au sac et qui entoure son collet était formée en haut par la gouttière osseuse que présente à sa partie inférieure la branche horizontale du pubis, et dans les trois quarts inférieurs interne et externe de sa circonférence par le ligament obturateur et les muscles obturateurs externe et interne, qui présentent à cet endroit, pour assurer la disposition annulaire de l'ouverture, une arcade aponévrotique renversée. Les vaisseaux et nerfs sous-pubiens se trouvent ordinairement en dehors du collet du sac; cependent on les a rencontrés en dedans (Velpeau).

Cette hernie a été observée bien plus fréquemment chez la femme: sur dix cas rapportés par Garengeot, un seul existait chez un homme. Une largeur anormale de l'ouverture sous-pubienne, qui, dans ce cas, n'est pas remplie par les vaisseaux et le nerf obturateurs, y prédispose. Les causes déterminantes sont les mêmes que pour les hernies inguinale et crurale.

Une hernie sous-pubienne peu volumineuse, existant chez un sujet gras et musclé, ne fait pas de saillie appréciable. Dans les circonstances opposées, cette hernie forme à la partie supérieure interne de la cuisse, près le scrotum ou la grande lèvre, une tumeur mal circonscrite à cause de sa situation profonde, arrondie ou plus ou moins allongée dans le sens de la longueur du membre, tumeur qui présente d'ailleurs les caractères communs des hernies.

Pour la réduction, on place le malade en supination, le bassin élevé, les cuisses fléchies, et on exerce sur la tumeur une pression de bas en haut et de dehors en dedans, comme pour la vider dans le bassin.

Pour la contention, Garengeot combla le vide qu'avait laissé la hernie en rentrant avec une forte pelote de linge fin et usé qu'il fixa par un bandage en spica. A. Cooper conseille l'application d'un brayer crural dont la pelote serait renflée à son extrémité de manière à exercer une compression profonde.

Si la hernie ne fait pas de saillie appréciable, son étranglement sera bien souvent méconnu et pris pour un étranglement interne, comme cela est arrivé dans un service de médecine de la Salpêtrière, l'année dernière.

Digitized by Google

Un chirurgien prudent ne sera jamais tenté d'imiter la conduite d'Arnaud, qui, ayant affaire à une hernie sous-pubienne entéro-épiploïque dans laquelle l'épiploon était seul irréductible, et qui n'était au reste accompagnée d'aucun accident, incisa le sac et excisa la portion d'épiploon herniée qui était du volume d'une noix. Mais s'il existait un étranglement bien constaté qui ne cédât pas au taxis et aux moyens médicaux, quoi qu'en disent Sabatier et M. Velpeau, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une opération qui seule pourrait sauver les jours du malade. L'incision extérieure devrait être large; les faisceaux des muscles pectiné et petit adducteur, recouvrant le sac, seraient incisés transversalement ou obliquement, et non simplement écartés; le débridement serait dirigé en dedans, ainsi que le conseillent Dupuytren et A. Cooper; on éviterait ainsi ordinairement la lésion des vaisseaux et du nerf sous-pubien. Mais le bistouri boutonné devrait être introduit très peu profondément, et autant que possible il serait précédé par le doigt indicateur, car la vessie se trouve bien près du point sur lequel porterait le débridement. On aurait soin de vider la poche urinaire avant l'opération.

VII. HERNIE ISCHIATIQUE.

Plus rare encore que la précédente, cette hernie a cependant été observée par Bertrand (cité par Verdier), par Camper. A. Cooper a publié avec beaucoup de détails une observation de hernie ischiatique du côté droit, qui lui a été communiquée par Jones.

Cette hernie se fait par la partie de l'échancrure de ce nom qui livre passage au grand nerf sciatique; elle passe sous le bord inférieur du muscle pyramidal, en avant, ou pour mieux dire en dehors du nerf. Le sac est d'abord recouvert par le muscle grand fessier; si la hernie grossit beaucoup, elle arrive au-dessous du bord inférieur de ce muscle.

L'ouverture qui la laisse passer est formée en avant par la partie de l'échancrure de l'iléon qui se trouve au-dessus de l'épine ischiatique, en haut, par le bord inférieur du muscle pyramidal, en bas, par l'épine ischiatique et le petit ligament sacro-sciatique. Le col du sac est entouré de parties qu'il faut ménager. Dans la hernie qui a été disséquée par Jones, la seule à ma connaissance qui ait été étudiée avec soin, le collet du sac était en rapport en arrière avec le grand nerf sciatique, l'artère et la veine hypogastriques; l'artère obturatrice passait au-dessus et la veine du même nom au-dessous de ce collet.

Digitized by Google

La hernie ischiatique peut acquérir un grand volume. Ainsi, Verdier rapporte dans son mémoire sur la hernie de la vessie (*Académie de chirurgie*, t. II, p. 2) le fait suivant, extrait d'un recueil périodique de Londres : « Une femme de cinquante ans portait une tumeur ancienne d'un volume énorme, qui s'étendait de l'anus au gras de la jambe. A l'autopsie, on reconnut que c'était une hernie ischiatique qui contenait le grand épiploon, l'iléon, le mésentère, le cœcum, la partie inférieure du colon, une portion du rectum. L'estomac était placé longitudinalement au milieu du ventre, le duodénum s'avançait vers l'orifice du sac. »

Cette hernie doit se former plus facilement chez la femme que chez l'homme, parce que chez la première le bassin est plus large. Il paraît que jusqu'à présent elle a été rencontrée plus souvent à droite qu'à gauche. Celles qui ont été observées par Bertrandi et par Jones étaient du côté droit. On ne dit pas de quel côté se trouvait celle dont parle Verdier.

Tant que la hernie ischiatique est peu volumineuse et cachée sous le grand fessier, elle ne fait pas de saillie appréciable : aussi, dans le cas rapporté par A. Cooper, Jones ne se douta pas de l'existence de la hernie avant l'autopsie. Le diagnostic deviendrait moins difficile si la hernie s'allongeait assez pour venir paraître au-dessous du bord inférieur du muscle grand fessier : cependant elle serait encore recouverte sur ce point par l'épaisse aponévrose fascia lata qui empêcherait qu'elle fît sous la peau une saillie bien prononcée.

Pour la réduction, on se conformerait aux principes qui ont été exposés dans les généralités des hernies.

A. Cooper croit qu'il serait facile de contenir cette hernie, mais il ne décrit pas l'appareil dont il faudrait se servir. Quant à moi, je pense que cette contention présenterait de grandes difficultés ; la pelote n'agirait sur l'anneau et l'orifice du sac qu'à travers un muscle très épais qui se contracte avec énergie dans la station et la marche.

En cas d'étranglement bien constaté, il faudrait opérer. L'incision extérieure devrait être large, les faisceaux du grand fessier seraient largement divisés, le débridement serait pratiqué en haut, du côté du muscle pyramidal ; car en avant, l'ouverture est formée par l'échancrure de l'os des iles. En débridant en arrière on léserait le grand nerf sciatique ; en débridant en bas on s'exposerait à léser les vaisseaux et le nerf honteux internes. Mais il ne faudrait pas donner beaucoup d'étendue à ce débridement ; mieux vaudrait dé-

Digitized by Google

brider sur trois ou quatre points différents. La situation profonde de cette hernie, la grande épaisseur des parties qu'on aurait à diviser pour arriver au sac, rendraient sans doute cette opération difficile et dangereuse; cependant je ne pense pas qu'elle doive être nécessairement mortelle, comme le croyait Sabatier.

VIII. HERNIE DU PÉRINÉE.

Cette hernie est rare; on trouve cependant dans les annales de la science des faits qui permettent d'en donner une description assez complète.

Pour la former, le péritoine et les viscères doivent ordinairement percer le plancher musculo-aponévrotique du bassin. Cependant, dans une hernie périnéale qui fut disséquée par Scarpa, le muscle releveur de l'anus, distendu et aminci, formait une enveloppe extérieure au sac.

Cette hernie peut se former sur différents points du plancher du bassin; tantôt elle est sur la ligne médiane, entre le rectum et la vessie chez l'homme, entre le rectum et le vagin chez la femme; tantôt elle se forme sur les côtés de la région.

Bromfield taillait un jeune garçon de sept ou huit ans, chez lequel il n'avait remarqué aucune disposition anormale; il fut très étonné de la déviation du col de la vessie, qui remontait derrière le pubis dans une direction tout-à-fait verticale. Pendant qu'il cherchait la pierre, une vésicule hydatiforme se présenta dans la plaie derrière la tenette. Dans les efforts que fait l'enfant, la vésicule se rompt et il s'en échappe de la sérosité et une masse d'intestin grêle. L'opération terminée, on réduit l'intestin; le petit malade guérit sans accident. Je ne crois pas qu'on puisse voir là autre chose qu'une hernie périnéale située entre la vessie et le rectum. A. Cooper a publié les détails de l'autopsie d'une hernie semblable. Le péritoine, qui de la vessie se porte sur le rectum, était refoulé en bas, la hernie ne faisait pas de saillie au dehors, le fond du sac était au-devant de l'anus, la prostate et le collet des vésicules séminales étaient devant le sac, le fond des vésicules était sur les côtés de cette poche, la vessie recouvrait le sac en avant, dans une étendue d'un pouce et trois quarts au-dessus du niveau de l'anus (pag. 366).

Petrunti est consulté par une femme qui est tourmentée par

Digitized by Google

une rétention d'urine, des efforts continuels comme pour accoucher, des vomissements fréquents, une constipation complète, un état de prostation; il l'examine et reconnaît à l'hypogastre une tumeur dont la partie moyenne, formée par la vessie, s'affaisse par le cathétérisme, tumeur qui se retrouve inférieurement entre le rectum et le vagin, dans lesquels elle fait une saillie qui est plus prononcée dans le rectum. Pressée entre deux doigts, introduits, l'un dans le rectum, l'autre dans le vagin, cette tumeur est fluctuante; l'utérus en rétroversion est repoussé en avant. Le chirurgien napolitain croit avoir affaire à un abcès, et pratique par le vagin une incision qui donne issue à de la sanie purulente et à une masse épiploïque gangrenée. On excise l'épiploon après l'avoir lié. Cette opération fait cesser les accidents; mais l'incision se cicatrice trop tôt, parce que, pendant l'écoulement des règles, la malade a cessé de la dilater. Les accidents se reproduisent et nécessitent une seconde opération qui donne encore issue à beaucoup de liquides corrompus. Cette fois, la guérison a été complète, l'utérus a repris sa place ordinaire. (*Il Filiatre sebezio, Giornale delle scienze mediche.*)

Les docteurs John Sims et Haigton ont vu chacun une fois cette variété de la hernie périnéale chez des femmes, et l'ont reconnue par le toucher vaginal.

Je ne saurais donner une idée plus exacte de la disposition anatomique de la hernie latérale du périnée qu'en reproduisant les principaux détails d'une observation de Scarpa. La hernie que le chirurgien de Pavie a disséquée était à droite de la marge de l'anus et du sommet du coccyx; elle était formée par l'iléon; le rectum et la vessie étaient déjetés à gauche; le sac était mince et doublé par le releveur de l'anus, distendu et très aminci; le collet du sac avait 30 millim. de diamètre, et ne se trouvait pas à la hauteur du détroit inférieur, mais dans l'épaisseur du périnée. Chez cet homme, le détroit inférieur du bassin avait à peu près les dimensions qu'il présente ordinairement chez la femme.

Scarpa pense que la situation du col du sac doit varier aux diverses époques de la maladie; que, situé d'abord dans le bassin à peu près à la hauteur du cul-de-sac péritonéal, il doit s'abaisser peu à peu et finir par se trouver hors du bassin.

Une largeur considérable du petit bassin doit prédisposer à cette hernie, qui sera par conséquent moins rare chez la femme que chez l'homme.

Digitized by Google

Le plus souvent, la hernie périnéale ne fera pas de saillie au dehors; si cependant elle est très volumineuse, elle pourra soulever la peau et former une tumeur arrondie; si elle ne soulève pas la peau, on ne pourra la reconnaître que par le toucher rectal ou vaginal. La réductibilité, le développement qui s'y fera dans les efforts et la toux, empêcheront qu'on la confonde avec une tumeur d'une autre nature qui se serait formée dans le tissu cellulaire pelvien.

La réduction paraît être en général assez facile. On ne peut pas établir ici de règles positives pour le taxis; il consistera en une pression directe exercée sur la tumeur périnéale, s'il en existe une; ou en une pression dirigée de bas en haut avec un ou deux doigts introduits dans le rectum ou le vagin, si la hernie ne fait pas de saillie du côté de la peau. Quand elle est entre le rectum et le vagin, on peut l'explorer et la réduire en introduisant un doigt dans le rectum et un ou deux doigts de l'autre main dans le vagin. Pendant les manœuvres de la réduction, le malade sera couché horizontalement sur le dos, le bassin soulevé par des oreillers, et les membres inférieurs fléchis.

Chez l'homme, si la hernie est descendue assez bas pour qu'on puisse la contenir par une pression sur le périnée, on se servira avec avantage de l'appareil de Scarpa, qui consiste en un ressort élastique formant une ceinture dont les deux bouts sont réunis en avant par une courroie, et de la partie postérieure duquel naît un autre ressort formant un segment de cercle qui porte à son extrémité libre une pelote ovale, laquelle vient s'appliquer sur le point qu'occupe la hernie; un sous-cuisse élastique va de la pelote à la partie antérieure de la ceinture.

Chez la femme, la hernie sera bien mieux contenue par une éponge fine et volumineuse qui remplira le vagin.

Dans la hernie périnéale, le collet du sac n'est pas entouré d'un anneau fibreux, résistant; il doit être toujours large et disposé à céder : aussi ne paraît-il pas que cette hernie soit susceptible d'étranglements bien graves ; le taxis et le traitement médical triompheront ordinairement des accidents. Si l'étranglement résistait à ces moyens, il faudrait opérer Cette opération n'a, je crois, jamais été faite. Voici comment on y procéderait : le fond du sac serait mis à découvert du côté du périnée, puis largement incisé ; l'index gauche serait ensuite porté jusqu'à l'étranglement, qu'on détruirait

Digitized by Google

par un débridement multiple. Les débridements ne seraient ici que de simples mouchetures, encore ne devrait-on pas les diriger du côté des organes dont la lésion serait à craindre : ainsi serait-il prudent de débrider sur les côtés, si la hernie était descendue entre le rectum et le vagin. Chez l'homme, les débridements seraient dirigés en arrière et en dehors de chaque côté, parallèlement aux vésicules séminales. Si la hernie était latérale, on débriderait en dehors pour s'éloigner du rectum, de la vessie et de la vésicule séminale correspondante. Au reste, l'anneau constricteur serait si peu résistant, qu'après l'avoir entamé avec le bistouri, on pourrait sans peine l'élargir davantage en le dilatant avec le doigt.

IX. HERNIE DE LA GRANDE LÈVRE.

Cette hernie n'est qu'une variété de la précédente. Si chez la femme la hernie a traversé le plancher du bassin, en avant du ligament large de la matrice, sur le côté du vagin, elle ne trouvera pas à la hauteur du périnée la résistance que lui oppose la peau dans les autres points de la région, et descendra sans difficulté dans la grande lèvre. Cette hernie a été bien observée et décrite avec soin par A. Cooper et par Scarpa plus tard ; elle a fixé l'attention de M. Stoltz de Strasbourg (*Gazette médic. de Strasbourg*, janvier 1845). La disposition du sac et du collet est la même que dans la hernie du périnée. Cette hernie est pyriforme, son volume ordinaire est celui d'un œuf de pigeon ; presque toujours formée par l'intestin grêle, elle est élastique et occupe la partie moyenne de la grande lèvre, remonte de là en dedans de l'ischion sur le côté du vagin, où le doigt peut la suivre jusque vers la partie supérieure de ce conduit.

La hernie de la grande lèvre se distinguera de la hernie inguinale par sa direction, qu'on pourra suivre avec le doigt introduit dans le vagin, et en ce que l'anneau inguinal et la partie supérieure de la grande lèvre seront libres ; elle se distinguera d'un kyste ou d'un abcès de la grande lèvre par le prolongement qu'elle envoie entre l'ischion et le vagin, vers la cavité ventrale, par l'absence de la fluctuation et par les caractères généraux des hernies, qui sont la réductibilité, la disparition de la tumeur dans la position horizontale, son retour dans l'attitude verticale, son gonflement dans la toux et les efforts.

Digitized by Google

La réduction est ordinairement facile. Le taxis consiste en une compression uniforme de la grande lèvre ; à mesure que la hernie cède, on l'accompagne vers le collet du sac avec deux doigts portés dans le vagin.

Les seuls moyens contentifs dont A. Cooper ait fait usage sont un bandage en T double composé d'une compresse épaisse qui comprime les parties génitales et est fixée par ses deux extrémités à une ceinture, et le pessaire en éponge. Le premier de ces appareils ne saurait agir sur le collet du sac; le pessaire est bien préférable, mais il faut qu'il soit très volumineux.

Si la hernie était irréductible, il faudrait en prévenir le développement ultérieur par une compression constante exercée au moyen du bandage en T double.

En cas d'étranglement, le taxis doit ordinairement réussir ; ici on agit facilement, soit sur la partie vulvaire, soit sur la partie intra-pelvienne de la hernie. A. Cooper n'a vu qu'une fois cette hernie étranglée ; il l'a réduite en trois minutes par le taxis. Si l'opération devenait nécessaire, on la pratiquerait de la manière suivante : le fond de la hernie serait largement découvert par une incision pratiquée à la grande lèvre ; le sac ouvert, un bistouri boutonné, entouré d'une bandelette de linge jusqu'à quelques millimètres du bouton, serait porté, à la faveur du doigt, sur le collet de la hernie, qu'on débriderait ainsi. A. Cooper conseille de diriger le débridement en dedans, vers le vagin; mais ici encore le débridement multiple sera préférable. Les mouchetures pourront être dirigées en dedans, en dehors et en arrière; il suffit qu'elles aient très peu de profondeur.

X. HERNIE VAGINALE.

On a rarement occasion de l'observer. Garengeot paraît avoir été le premier à la décrire (*Méd. de l'Acad. royale de chirurg.*, t. I, p. 707); elle peut se montrer dans tous les points de la partie supérieure du vagin. On voit que je fais abstraction du cystocèle et du rectocèle vaginaux, dont je m'occuperai plus tard. La hernie vaginale doit commencer comme les hernies du périnée et reconnaître les mêmes causes. Mais quand le déplacement a commencé de se faire, si le vagin résiste moins que les tissus qui l'entourent, ce qui a lieu principalement chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, il cède : alors le point de ses parois dont la résistance est

Digitized by Google

vaincue, repoussé dans le canal, coiffe le sac péritonéal. Cette hernie forme d'abord une tumeur arrondie à large base : plus tard cette tumeur descend plus bas dans le vagin ; celle que Garangeot a observée s'était produite à la partie supérieure droite du vagin et faisait saillie hors la vulve.

La hernie vaginale n'a pas d'autres enveloppes que la paroi renversée du vagin et le sac ; comme la hernie périnéale et celle de la grande lèvre, elle est presque toujours formée par une anse de l'iléon ; le col de son sac est large et souple.

Elle se réduit ordinairement avec une grande facilité. Les caractères généraux des hernies y sont, par conséquent, bien prononcés. Si elle devient volumineuse, la pression qu'elle exercera sur le rectum et l'urètre pourra donner lieu à la constipation, à la difficulté d'uriner : ainsi la malade qui a été observée par Garengeot ne pouvait uriner que quand elle était couchée sur le dos.

Pour réduire cette hernie, il faut donner à la malade une position qui éloigne le fond de la matrice du collet du sac : ainsi, si la hernie s'est faite par la partie postérieure du vagin, il doit y avoir avantage, comme l'a dit Sanson (1), à placer la malade sur les genoux, la tête et la poitrine basses ; si la hernie s'est faite par les parois antérieures ou latérales, le décubitus dorsal avec l'élévation du bassin est l'attitude qui convient. Le taxis consiste en une pression dirigée du fond vers le col de la hernie, avec deux doigts qu'on porte dans le vagin. On ne procède à la réduction qu'après avoir vidé le rectum et la vessie.

Garengeot contint la hernie vaginale, qu'il observa, au moyen d'un pessaire en bondon. Avant lui, Arnaud avait, dans un cas semblable, employé le même moyen avec un égal avantage. Une éponge fine et volumineuse contiendrait mieux et gênerait moins ; je la crois bien préférable.

L'étranglement doit être très rare ici ; il céderait, je crois, presque toujours au taxis : aussi jamais une hernie de cette espèce n'a-t-elle été débridée. S'il fallait l'opérer, on pourrait se servir avec avantage de mon spéculum à une seule valve, qui serait glissée entre la paroi libre du vagin et la hernie, pour mettre celle-ci à découvert. On inciserait ensuite ses enveloppes, et si l'index ne pouvait pas dilater assez l'orifice du sac, on aurait recours au débridement

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. HERNIE.

Digitized by Google

multiple, qui serait pratiqué avec toutes les précautions que j'ai indiquées en traitant des hernies du périnée et de la grande lèvre.

XI. HERNIE DIAPHRAGMATIQUE.

On conçoit que les viscères abdominaux puissent faire hernie dans la poitrine par l'ouverture œsophagienne ou par l'intervalle triangulaire que les faisceaux charnus du diaphragme laissent entre eux derrière l'appendice xiphoïde. Cependant presque toutes les observations qu'on trouve dans les annales de la science se rapportent à des hernies qui se sont opérées en traversant le côté gauche du diaphragme. Pour que les viscères puissent passer à travers le côté droit du diaphragme, il faut qu'il existe dans cette partie du muscle une très large déchirure. Si cette ouverture n'avait que des dimensions médiocres, le foie s'opposerait à la formation de la hernie.

La hernie peut se faire à la faveur d'une plaie, d'un éraillement plus ou moins large des faisceaux du diaphragme ou une ouverture anormale congénitale dont les dimensions varieront également.

Les viscères déplacés peuvent se trouver à nu dans la cavité thoracique gauche ou y être enveloppés d'un sac formé d'un ou de plusieurs feuillets, suivant que le péritoine et la plèvre diaphragmatiques et le diaphragme lui-même seront perforés ou seulement allongés et distendus. Le plus souvent les viscères herniés sont à nu dans la cavité pleurale. Si la hernie est volumineuse, elle déplacera les viscères thoraciques : ainsi le poumon sera refoulé en haut, le cœur sera dévié à droite.

Les organes qui forment le plus souvent cette hernie sont l'estomac, l'arc du colon, le grand épiploon.

La hernie diaphragmatique donne lieu à des douleurs épigastriques habituelles, à des digestions pénibles, à des coliques fréquentes, à une oppression habituelle qui augmente par le moindre exercice. Dans bien des cas, le cœur bat à droite, la respiration ne s'entend pas dans la partie de la cavité thoracique qui est occupée par la hernie, quoique souvent la percussion y fasse entendre un son très clair. Si la hernie contient une partie de l'estomac, le poids des aliments pourra opérer la réduction de ce viscère; dans ce cas, le malade se trouvera beaucoup mieux après ses repas. On conçoit qu'il serait difficile d'établir sur ces divers symptômes un diagnostic

Digitized by Google

positif, et ce diagnostic fût-il établi, que pourrait-on pour le malade? On ne pourrait ni réduire ni contenir sa hernie.

Il n'y a pas d'autre traitement à opposer à cette hernie qu'un régime doux, le repos. Quant à la quantité des aliments et à la fréquence des repas, le malade fera ce que son expérience lui aura démontré être le plus convenable.

La hernie diaphragmatique peut être étranglée et engouée ; mais nous ne possédons contre ces accidents d'autres ressources que les moyens médicaux.

La description qu'on vient de lire est incomplète, sans doute: mais, pour qu'on se fasse une idée plus exacte de la hernie diaphragmatique, je vais donner une analyse succincte de quelques cas remarquables de cette hernie qui peuvent être considérées comme types de cette affection.

1re *Observation.* Le malade était sujet depuis sa première enfance à des coliques d'estomac, à des nausées, à des vomissements très douloureux : il avait de la dyspnée, des étouffements; ses souffrances arrivaient par accès qui ne survenaient jamais quand l'estomac était plein, et que le malade faisait cesser de suite en mangeant. A l'autopsie, on trouva à nu, dans la cavité pleurale gauche, une grande portion du colon, l'épiploon et le fond de l'estomac; les viscères déplacés n'avaient aucune adhérence entre eux ni avec les parties voisines; ils avaient pénétré dans la poitrine par une ouverture oblongue, à bords lisses, longue de 55 millim., large de 25 millim., existant au côté gauche du centre aponévrotique du diaphragme (J.-L. Petit, t. II, p. 261).

2e *Observation.* M. Edwards a publié une observation semblable, quant à la disposition anatomique, mais qui diffère de celle de J.-L. Petit, en ce que le malade mourut de l'étranglement de sa hernie (*The Lancet*).

3e *Observation.* A. Cooper a aussi disséqué une hernie diaphragmatique du côté gauche qui n'avait pas de sac; elle était formée par le colon (pag. 206).

4e *Observation.* M. W. Norris a observé une hernie diaphragmatique dont l'étranglement fit périr le malade. Cette hernie, encore dépourvue de sac commun, était très volumineuse, formée par une grande masse d'intestin, tout l'épiploon et le pancréas. La perforation du diaphragme, qui lui livrait passage, avait plus d'un pouce de diamètre; l'intestin adhérait intimement à son pourtour.

Digitized by Google

le cœur était refoulé à droite où ses pulsations s'étaient toujours fait sentir; le poumon gauche, refoulé en haut, était réduit au volume du poing; le malade périt à l'âge de dix-neuf ans; dès sa première enfance, il avait présenté les dérangements fonctionnels qui se lient à la hernie diaphragmatique (*Gazette méd.*, 1837, pag. 705).

5ᵉ *Observation.* J.-L. Petit a disséqué une hernie diaphragmatique qui différait des précédentes en ce que les viscères ne se trouvaient pas à nu dans la cavité pleurale.

Le malade avait été longtemps fatigué par l'asthme : les aliments le soulageaient ; il périt d'une inflammation du ventre. A l'autopsie, on trouva dans le côté gauche de la poitrine une tumeur comme une petite courge de trois ou quatre pouces de hauteur, presque aussi large à sa base qu'au milieu. Cette hernie avait un sac formé par la distension du diaphragme; la portion de ce muscle qui formait la base du sac très mince ne présentait ni rupture ni éraillure, et était recouverte, du côté de la poitrine, par la plèvre, intérieurement par le péritoine. Des adhérences récentes unissaient des viscères herniés entre eux et à la face interne du sac, et à la face externe ou supérieure de ce même sac, et à la base du poumon gauche.

6ᵉ *Observation.* Ce dernier fait a été observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Pétrequin, et publié par M. Olivet.

Le sujet est un terrassier piémontais, âgé de quarante-sept ans, qui fut renversé, et, en partie, couvert par un éboulement de terre. A l'hôpital, on constata d'abord une fracture de la cinquième ou sixième côte droite à sa partie moyenne. La respiration était gênée; il y avait de la douleur dans la région thoracique droite; la percussion et l'auscultation ne firent rien découvrir d'abord. Plus tard, la percussion donna inférieurement un son mat, qui remonta peu à peu dans la cavité thoracique droite. Il y eut cependant toujours une sonorité exagérée dans la moitié supérieure de cette cavité. Le murmure respiratoire, qui s'entendait d'abord nettement dans tout le poumon droit, disparut peu à peu de bas en haut, faisant place à différents bruits anormaux qu'on prit pour le souffle amphorique, le tintement métallique, le gargouillement amphorique. On crut avoir affaire à un pneumo-hydrothorax. L'appareil digestif ne présenta, durant toute la maladie, que des dérangements fort insignifiants. Le malade mourut suffoqué le douzième ou quinzième jour de l'accident.

Digitized by Google

Autopsie. Aucun épanchement dans les plèvres. A gauche, le diaphragme est refoulé en haut jusqu'au niveau de la cinquième côte; à droite, la cavité pleurale paraît d'abord entièrement occupée par la moitié, au moins, du gros intestin; en refoulant de haut en bas cette masse qui atteint la clavicule, on voit le poumon réduit au volume du poing appliqué contre la colonne vertébrale, et retenu au sommet par quelques adhérences.

L'ouverture du diaphragme qui a donné passage aux viscères abdominaux est une déchirure de vingt centimètres de longueur environ, dirigée de droite à gauche et d'arrière en avant; mais, comme on le comprend, elle n'est pas restée linéaire, et, à mesure que les intestins y ont passé, elle s'est rapprochée de la forme circulaire, en sorte que ses bords dilacérés représentent un vaste anneau par lequel tout le lobe droit du foie, et, par-dessus lui, plusieurs anses du colon, se sont introduites dans la poitrine, dont elles remplissent maintenant presque toute la cavité droite. Tous ces organes herniés sont à nu; aucun d'eux n'a contracté d'adhérences ni avec la plèvre ni avec le diaphragme (*Journal de médecine de Lyon*, juillet 1844).

XII. HERNIES INTRA-ABDOMINALES.

Je viens d'étudier avec soin les hernies considérées au point de vue de la partie des parois du ventre qui leur livre passage. Il se forme quelquefois des hernies dans l'intérieur même de l'abdomen, par une sorte d'invagination que subit le péritoine. C'est ordinairement dans les replis péritonéaux formés de feuillets adossés que se font ces hernies : telles sont les hernies mésentérique et mésocolique d'A. Cooper (pag. 399), la hernie du ligament large de MM. Carteron et Saussier, de Troyes (*Annal. de la chirur.*, t. VII, pag. 257). La portion du péritoine qui forme le sac s'engage entre les deux feuillets du repli péritonéal, et c'est dans l'interstice celluleux du repli que la hernie se développe. Ces hernies intra-abdominales peuvent prendre un développement énorme; celles qui ont été disséquées par A. Cooper, contenaient tout l'intestin grêle, et n'avaient cependant donné lieu à aucun accident. Il sera toujours impossible de reconnaître sur le sujet vivant de pareilles hernies. Si elles viennent à s'étrangler, on croira à un étranglement interne : aussi ne dois-je pas m'en occuper plus longtemps.

Je vais maintenant étudier quelques hernies au point de vue de l'organe déplacé.

Digitized by Google

XIII. HERNIE DE L'ESTOMAC.

Garengeot a décrit sous ce nom les hernies de la région épigastrique (1). J'ai compris la description de ces hernies dans celle des hernies ventrales. Mais j'ai dit ailleurs que l'estomac concourait souvent à former la hernie diaphragmatique, qu'il s'engageait quelquefois en partie dans les grandes hernies abdominales, quelle que fût l'ouverture qui laissait sortir ces hernies.

La présence de l'estomac dans la hernie diaphragmatique a donné lieu dans certains cas à un symptôme remarquable : c'est le soulagement subit produit par l'ingestion des aliments (J.-L. Petit). J'ai essayé d'expliquer ailleurs ce soulagement. Il serait souvent impossible de diagnostiquer positivement la présence de ce viscère dans une grande hernie extérieure : cependant M. Lebert a pu, dans un cas de hernie scrotale, établir ce diagnostic, et voici sur quels symptômes : « Quand le malade était à jeun, la percussion exercée » sur la hernie donnait un son clair; à mesure que les aliments » étaient ingérés, la hernie grossissait progressivement : la main, » appliquée sur la tumeur, percevait distinctement le choc du » liquide quand le malade buvait; après le repas, la percussion de » la tumeur donnait un son mat (2). »

La hernie qui renferme une portion de l'estomac, qu'elle soit réductible (ce qui est rare), irréductible ou étranglée, ne présente pas d'autres indications que celles des hernies intestinales.

XIV. HERNIE DU CŒCUM.

Quand le cœcum se déplace, il sort ordinairement par les ouvertures inguinale ou crurale droites; cependant Sandifort, M. Charyau, de Nantes, ont trouvé cet intestin dans une hernie inguinale gauche; il a été rencontré aussi dans une énorme hernie ischiatique (3).

Quand le cœcum fait hernie, il n'est pas enveloppé d'un sac; mais la partie du péritoine qui le revêt en avant descend avec cet organe, au-devant duquel il forme un sac dans lequel s'engagent les viscères

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. I, pag. 705.
(2) *Journ. des Conn. méd. chir.*, avril 1838.
(3) *Mémoire de Verdier*, cité plus haut.

Digitized by Google

flottants de l'abdomen. Par sa face postérieure, le cœcum a bientôt contracté avec les parties qui lui sont contiguës des connexions celluleuses, semblables à celles qu'il a ordinairement dans la fosse iliaque avec les parties sur lesquelles il repose. Telle est la disposition du cœcum hernié et du péritoine par rapport à cet intestin; quand Desault et Chopart, en opérant, ont trouvé la hernie cœcale dépourvue de sac, et le cœcum recouvert seulement par la peau des bourses, c'est qu'ils ont pratiqué leur incision en dehors du sac, comme Scarpa l'a très bien fait remarquer. Cependant, si les parties du cœcum qui ne sont pas recouvertes par le péritoine étaient seules déplacées, la hernie n'aurait pas de sac.

Le cœcum hernié est bientôt devenu irréductible. Alors on doit réduire les organes contenus dans le sac qui accompagne cet intestin, et faire porter au malade un bandage à pelote creuse.

L'étranglement est rare dans la hernie cœcale: c'est que l'ouverture qui lui livre passage est large; s'il en était autrement, les fonctions du cœcum déplacé et irréductible ne sauraient s'accomplir. Le cœcum ne peut pas être étranglé par le collet du sac, puisqu'il n'est pas embrassé par ce collet. Le collet du sac antérieur au cœcum ne saurait former, comme dans les autres hernies, un anneau complet et capable d'exercer une forte constriction sur les organes qu'il embrasse; car l'action de l'anneau sur le collet n'est pas circulaire, ne porte que sur les parties antérieures et latérales de ce collet, qui répond en arrière au cœcum, auquel il adhère. L'étranglement n'aura donc pas ordinairement beaucoup d'intensité : il résultera le plus souvent de la présence dans le sac d'une masse d'intestins grêles plus volumineuse que de coutume; il cédera dans la plupart des cas au taxis et aux moyens médicaux. Il n'en sera cependant pas toujours ainsi; on a vu le cœcum, ou même son appendice, formant seuls la hernie, subir un étranglement assez grave pour en déterminer la gangrène. Scarpa a observé deux étranglements qui ont produit la gangrène du cœcum. M. Taramelli rapporte une observation de hernie inguinale droite étranglée, qui fut opérée avec succès à l'hôpital de Milan, chez une femme de soixante-dix-huit ans; cette hernie était formée par l'appendice cœcal seul (1). M. Merling (2) cite deux cas d'étranglement de l'appen-

(1) *Annali universali di medicina*, septembre 1835.

(2) *Dissertatio inaugu·alis*, Heidelberg, 1836.

Digitized by Google

dice cœcal dans une hernie. Dans le premier cas, il y eut opération suivie de guérison : dans le second, la hernie était si petite, qu'elle ne fut pas reconnue, et, à l'autopsie, on trouva l'appendice du cœcum gangrené dans le canal inguinal. Enfin, M. Cabaret, appelé à traiter une hernie crurale droite du volume d'un œuf de poule, fortement étranglée, a trouvé, en opérant, que cette hernie, dépourvue de sac, était formée par l'appendice cœcal seul. Cet appendice, long de trois pouces, très tuméfié, avait le volume et la forme d'un intestin grêle, était d'un rouge brun, et se terminait par une pointe aiguë, infiltrée de sang noirâtre. L'étranglement était serré; M. Cabaret a débridé sur le ligament de Gimbernat, et a bien constaté que l'intestin était étranger à la hernie. La réduction a été facile. La malade a guéri (1).

Quand l'opération devient nécessaire, elle diffère suivant que le cœcum est accompagné d'un sac péritonéal contenant quelque organe flottant de l'abdomen, ou que cet intestin ou son appendice forme seul la hernie. Dans le premier cas, l'opération consiste dans l'incision du sac antérieur au cœcum, le débridement et la réduction des organes contenus dans ce sac. Ces organes réduits, le cœcum n'est plus étranglé. Quand le cœcum ou son appendice forme seul la hernie, les difficultés sont plus grandes. Si l'incision tombe sur une partie de l'organe qui n'est pas revêtue par le péritoine, l'organe pourra être méconnu et lésé. Du reste, quand la partie herniée est à découvert, on débride l'ouverture abdominale, et on réduit, si rien ne s'y oppose. Si le cœcum tient aux parties avec lesquelles il est en rapport, par des liens celluleux solides, on ne doit pas chercher à le replacer dans le ventre. La dissection nécessaire pour le détacher exposerait le cordon spermatique dans la hernie inguinale; mais le principal motif qui doit engager le chirurgien à laisser cet organe au dehors, ce sont les adhérences qui doivent unir le commencement du colon à la partie inférieure de la fosse iliaque, adhérences qu'on ne pourrait détruire par la dissection, et qui seraient cause que le cœcum, replacé dans le ventre, formerait avec le colon un coude qui pourrait empêcher le passage des matières fécales. On devra donc, dans bien des cas, laisser le cœcum dehors, après avoir largement débridé l'ouverture abdominale. C'est ce que fit J.-L. Petit dans un cas de ce genre.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1842.

Digitized by Google

XV. HERNIE DE LA VESSIE.

Suivant Th. Bartholin, la hernie de la vessie a été découverte par Dominique Sala. Elle se fait par les ouvertures inguinale ou crurale, par le périnée ou par la paroi antérieure du vagin. Je conçois bien qu'elle puisse aussi se produire par le trou sous-pubien; mais je n'en connais pas d'exemple. La vessie ne saurait se déplacer en entier; elle envoie un prolongement qui sort par un des points que je viens d'indiquer.

Causes. Pour que la vessie puisse faire hernie, il faut qu'elle soit large et relâchée. On conçoit dès lors que l'habitude de retenir trop longtemps les urines, la rétention de ce liquide, des grossesses répétées, qui, par la compression qu'exerce l'utérus sur la vessie, augmentent l'étendue transversale de cette poche, doivent y prédisposer.

Symptômes. La hernie de la vessie forme une tumeur molle, fluctuante, dont la forme varie suivant l'ouverture qui lui a donné passage, et dont le volume est d'autant plus grand et la fluctuation plus distincte que le malade a été plus longtemps sans uriner. La pression la réduit quelquefois, et si elle est irréductible, on diminue beaucoup son volume en faisant rentrer l'urine dans la partie intra-pelvienne de la vessie: alors la tumeur affaissée n'est plus formée que de membranes épaisses et molles roulant sous les doigts. Quand on a ainsi réduit par la pression le volume de la hernie, le malade éprouve un pressant besoin d'uriner, et les urines qu'il rend alors sont épaisses et troubles. La hernie de la vessie est presque toujours accompagnée de douleurs aux reins, au périnée et à l'urètre, qui se font sentir plus vivement quand le malade urine; il y a dysurie, quelquefois ischurie complète; certains malades ne peuvent uriner qu'en comprimant leur hernie et faisant ainsi passer l'urine de la poche extérieure dans la cavité intérieure de la vessie. Le cystocèle récent est quelquefois ramené à l'intérieur par la distension de la vessie; mais quand la hernie est ancienne, le point de la poche qui a subi l'action de l'ouverture abdominale est rétréci circulairement; la vessie est alors bilobée, la portion de cet organe qui forme la hernie est unie par des liens celluleux solides aux parties voisines.

Pronostic. Dans les premiers temps de son existence, le cystocèle

Digitized by Google

est très peu incommode ; il n'est pas douloureux, n'est pas accompagné de coliques, se cache et reparaît alternativement. Rien dans tous ces symptômes qui puisse effrayer le malade : aussi, dit J.-L. Petit, cette hernie est-elle souvent négligée au début, le malade ne s'en occupe que quand il éprouve quelque difficulté d'uriner et de la douleur, et n'a quelquefois recours au chirurgien que quand il est atteint d'ischurie.

Traitement. Si le cystocèle est réductible, il faut le contenir au moyen d'appareils semblables à ceux qu'on emploie pour les hernies intestinales et épiploïques. On parviendra quelquefois à déterminer la rétraction progressive d'un cystocèle irréductible par le cathétérisme fréquemment répété ou la sonde à demeure, aidés d'une compression légère, mais constante, sur la tumeur. Si la hernie se vide sans se réduire, on la soutiendra au moyen d'une pelote concave.

Complications. Le cystocèle ancien contient quelquefois des calculs urinaires qu'on peut le plus souvent reconnaître par le toucher. S'ils sont reconnus, on les extraira par une incision faite à la tumeur.

La tuméfaction inflammatoire de la portion de la vessie qui se trouve étreinte dans l'ouverture abdominale, la présence d'un calcul dans ce point rétréci, peuvent produire l'étranglement. Alors l'urine ne rentre plus dans la partie intra-pelvienne de la vessie ; la tumeur se tend, devient douloureuse ; il apparaît des symptômes très prononcés de cystite et en même temps le hoquet, des vomissements. Suivant J.-L. Petit, dans l'étranglement du cystocèle, le hoquet arrive avant les vomissements ; ceux-ci se montrent plus tard et ont moins d'intensité que dans l'étranglement intestinal. En cas d'étranglement, on emploie les antiphlogistiques avec énergie, et si ce traitement échoue, on peut débrider le cystocèle comme on débride la hernie intestinale. Mais une opération bien plus simple et qui serait, je crois, le plus souvent tout aussi efficace, est la ponction de la poche vésicale extérieure avec le trois-quarts ; cette ponction a réussi à Morand et a été approuvée par Verdier (*Acad. de chirur.*, tom. II). Si la présence d'un calcul vers le point de la constriction était la cause des accidents, on extrairait ce calcul par une incision.

Cystocèle inguinal. L'ouverture inguinale est celle par où la vessie se déplace le plus souvent. Le cystocèle inguinal ne doit pas

Digitized by Google

ordinairement parcourir tout le canal, mais traverser sa paroi postérieure (hernie directe ou interne); le plus souvent il ne forme qu'une tumeur arrondie au-devant de l'anneau, quelquefois il descend dans le scrotum. Dans ce dernier cas, la hernie n'est plus formée par la seule paroi antérieure de la vessie, la paroi postérieure s'engage aussi, et celle-ci étant tapissée par le péritoine, il se trouve au-devant de la portion herniée de la vessie un sac péritonéal semblable à celui qui accompagne le cœcum et prêt à recevoir une anse intestinale ou une portion d'épiploon. Cette double hernie peut se former de deux manières différentes : tantôt c'est la vessie qui, se déplaçant la première, entraîne le péritoine qui tapisse sa paroi postérieure et son sommet, et ce n'est que secondairement que le sac herniaire se trouve formé ; d'autres fois la hernie épiploïque ou intestinale préexiste, et le sac s'agrandissant, le péritoine qui le forme entraîne celui de la vessie et la partie de cet organe qu'il tapisse : alors l'entéro-épiplocèle est primitif et le cystocèle est secondaire : ce double mécanisme a été bien compris et expliqué très clairement par Verdier (*Acad. de chir.*, t. II, p. 9).

Le dérangement des fonctions de la vessie fera distinguer le cystocèle inguinal d'un sac herniaire dans lequel arriverait la sérosité péritonéale.

Le cystocèle inguinal, compliqué d'entéro-épiplocèle, se reconnaîtra à la réunion des signes des deux affections. La présence d'une ou de plusieurs pierres sera ordinairement reconnue sans difficulté par le toucher et la pression dans le cystocèle inguinal ; cependant un calcul qui se trouvait dans un cystocèle scrotal échappa à l'examen de Dominique Sala, qui ne le découvrit qu'à l'autopsie (Verdier). Pott ne reconnut nullement la nature d'un cystocèle inguinal contenant une pierre volumineuse. Le chirurgien anglais mit la tumeur à découvert, l'isola du testicule et du cordon, et la coupa à son pédicule. Ce fut seulement en disséquant la tumeur qu'il en reconnut sa nature. Les urines coulèrent pendant quinze jours par la plaie, qui se cicatrisa ensuite (Pott, t. I, pag. 488).

Si la hernie entéro-épiploïque, qui complique souvent le cystocèle inguinal, s'étrangle, on la traitera comme si elle existait seule. En cas d'opération, à moins que le cystocèle ne soit récent et sans adhérences solides, on le laissera dehors. Cependant l'observation de Pott pourrait encourager le chirurgien à tenter alors la guérison du cystocèle par l'excision.

Digitized by Google

Cystocèle crural. Le cystocèle crural paraît être très rare; il a la forme et la situation connues de la hernie crurale ordinaire; il peut, comme le cystocèle inguinal, être accompagné d'une hernie entéro-épiploïque, contenir des calculs, s'étrangler, etc.

Cystocèle périnéal. Le cystocèle périnéal n'a été observé que dans un très petit nombre de cas; Méry (*Acad. des sciences*, 1713) et Curade d'Avignon (cité par Verdier) l'ont observé chacun une fois chez des femmes enceintes. Dans le cas observé par Curade, la hernie disparut après l'accouchement et reparut dans une seconde grossesse; Pipelet l'a vu chez un homme de soixante ans; ce dernier fait fut constaté par Louis.

Le cystocèle périnéal se distinguera de la hernie périnéale ordinaire par les désordres fonctionnels de l'appareil excréteur des urines : le malade de Pipelet n'urinait bien qu'en s'inclinant en avant et comprimant sa tumeur avec la main; il répétait plusieurs fois par jour cette manœuvre. Pipelet contint cette hernie au moyen d'une pelote d'une forme particulière fixée au sous-cuisse d'un brayer, que le malade portait pour contenir une hernie inguinale.

La description du cystocèle vaginal et du rectocèle vaginal pourrait, sans doute, trouver ici sa place; cependant ces deux espèces de déplacements diffèrent des vraies hernies en ce qu'ils ne sont pas constitués par le passage d'un organe à travers un anneau, une perforation, une éraillure accidentelle; mais bien par un relâchement des parois membraneuses adossées de deux organes qui subissent ensemble un déplacement absolument semblable : aussi ces organes ainsi relâchés et déplacés ne sont-ils pas susceptibles d'étranglement. Ces deux circonstances me décident à faire entrer ces deux déplacements dans la classe des prolapsus. J'en renvoie donc la description au chapitre des maladies de l'appareil génital de la femme. Là, je traiterai à part du rectocèle vaginal, du cystocèle vaginal, du prolapsus simple du vagin, de celui de la matrice; ainsi se trouveront rapprochées des affections qui ont entre elles des points de ressemblance qui peuvent facilement être confondues entre elles, et qui existent souvent ensemble.

XVI. HERNIE DE LA MATRICE.

Celle-ci est très rare, à moins qu'on ne donne ce nom à cette disposition de l'abdomen dans laquelle l'utérus, distendu par le

Digitized by Google

produit de la conception, s'engage entre les muscles droits écartés par plusieurs grossesses successives, et n'étant pas soutenu par la ligne blanche, qui est éraillée ou excessivement distendue, vient pendre au-devant des cuisses.

Cependant Sennert rapporte le fait suivant : « Une femme reçut » au commencement de sa grossesse un coup de perche à l'aine; peu » de jours après, une hernie se montra dans ce point; elle était for- » mée par l'utérus. La grossesse arriva à son terme; on fit alors l'o- » pération césarienne; la femme mourut de la gangrène (1). »

Quand on considère la situation de l'utérus et la manière dont cet organe est fixé dans le bassin, on conçoit qu'il serait difficile qu'il fît hernie dans l'état de vacuité.

La hernie formée par la matrice en état de grossesse se reconnaîtrait facilement; on suivrait mieux encore que dans le ventre le développement progressif de l'organe, les mouvements du fœtus seraient encore plus faciles à percevoir que dans la grossesse ordinaire.

Quant au traitement, il est simple; ordinairement la réduction n'est pas possible; on soutient alors l'utérus au moyen d'un suspensoir passant sur les épaules.

Quand arrive le terme de la grossesse, si on a affaire à une de ces éventrations qui résultent de la distension excessive de la ligne blanche et de l'écartement des muscles droits pendant l'accouchement, on fait coucher la femme horizontalement sur le dos, et on repousse doucement l'utérus, en haut et en arrière, pour en diminuer l'obliquité. L'accouchement, dans ce cas, se termine souvent d'une manière naturelle; mais il est évident que si l'utérus était sorti par une ouverture circonscrite de la paroi abdominale, comme dans le cas rapporté par Sennert, on ne devrait ni tenter la réduction de la matrice, qui serait toujours impossible, ni espérer dans les forces de la nature, ni tenter de terminer l'accouchement par les voies naturelles, car l'ouverture abdominale ne pourrait guère avoir des dimensions suffisantes pour laisser passer l'enfant. Dans ce cas, si on ne pouvait pas réduire l'utérus dans les premiers temps de la grossesse, il y aurait à agiter la question de savoir si on ne devrait pas provoquer l'avortement en perçant les membranes avant que le fœtus ait acquis des dimensions qui pourraient rendre

(1) Cité par Verdier, *Mém. de l'Académie royale de chirurgie*, t. II, p. 2. — Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, Paris, 1833, t. I.

Digitized by Google

impossible sa sortie par l'ouverture abdominale; si on laissait arriver la grossesse à son terme, il ne resterait plus d'autre ressource que l'opération césarienne, qu'il faudrait pratiquer dès le début du travail. Cette opération exposerait la mère à de grands dangers, mais sauverait l'enfant (1).

XVII. HERNIE DES OVAIRES.

Les ovaires doivent suivre la matrice dans ses déplacements; mais quelquefois aussi ils font hernie sans l'utérus. Pott a observé à l'hôpital Saint-Barthélemy un cas remarquable de hernie des ovaires. Voici l'analyse de ce fait : « Une femme de vingt-trois ans » vint à l'hôpital à cause de deux enflures qu'elle avait aux aines, » au-devant de l'ouverture tendineuse des muscles obliques. Ces » tumeurs ne s'enflammèrent pas, ne furent point étranglées; mais » la compression qu'elles subissaient dans les mouvements des » membres abdominaux y causait de si vives douleurs que, n'ayant » pu parvenir à les réduire, on crut devoir les extirper pour re- » mettre cette femme en état de gagner sa vie. Ces tumeurs étaient » formées par les ovaires contenus dans de petits sacs péritonéaux. » Avant de les exciser, on lia le pédicule par lequel ils tenaient au » ventre. L'opération ne fut suivie d'aucun accident; la santé de » cette femme se rétablit bien; mais le flux menstruel, qui jusque » alors avait été régulier, ne reparut plus; le sein, qui était gros, » s'affaissa; les muscles prirent plus de développement; en un » mot, la constitution de cette femme subit des modifications qui » la rapprochèrent de celle de l'homme. »

Réduire et contenir, telles sont les premières indications que présente cette hernie comme toutes les autres. La conduite des chirurgiens de l'hôpital Saint-Barthélemy fut rationnelle dans le cas publié par Pott (*Œuvres chirurg.*, tom. Ier, pag. 492).

ARTICLE IV.

Corps étrangers de l'abdomen.

Variétés. Les corps étrangers de l'abdomen viennent surtout de l'œsophage; ils sont alors contenus dans le canal alimentaire, ou

(1) Voyez *Annales de chirurgie*, t. V, p. 249, et une observation tirée de la pratique de M. Fischer, publiée dans le *The London and Edinburgh monthly Journal of medical science*, 1842.

Digitized by Google

bien ces corps pénètrent dans cette enceinte après avoir forcé les parois; ce sont alors ordinairement des projectiles, et le plus souvent on les trouve dans le péritoine. Les corps étrangers qui viennent des organes en rapport avec le tube digestif, ceux qui se forment dans l'abdomen même, sont de beaucoup les moins fréquents.

1° *Corps étrangers provenant de l'œsophage.* Ces corps étrangers sont des aliments ou des substances mêlées à eux, ou des instruments, des outils, toute sorte de matières portées dans l'œsophage par imprudence ou pendant des accès de manie. Ces corps étrangers, quand ils ne sont pas arrêtés dans l'œsophage, et qu'ils parviennent dans l'estomac, peuvent de là enfiler les intestins, les parcourir tous, pour arriver sans encombre jusqu'au rectum, qui les expulse définitivement. Les recueils scientifiques, les livres contiennent une foule d'histoires relatives à des migrations surprenantes de ces corps. Ce n'est pas seulement une bille qu'un enfant aura avalée en jouant et qu'il aura rendue par les selles; ce n'est pas seulement une pièce de cinquante centimes qui aura parcouru aussi heureusement le même trajet, mais une fourchette (1)! Habicot, qui a écrit un mémoire célèbre sur ces corps étrangers, n'a pas toujours su se méfier du merveilleux, et a accrédité des faits qui sont à revoir. C'est cet auteur qui parle de ces dix pistoles d'or qu'un pauvre garçon avala pour les soustraire à des voleurs; la somme fut intégralement rendue en quinze jours par l'anus.

En faisant la part de quelques exagérations, restent cependant assez de faits authentiques qui prouvent que des corps très volumineux, après avoir été avalés, ont été rendus par les selles sans incommoder beaucoup les malades. Ces faits doivent être notés pour juger convenablement la gastrotomie et l'entérotomie. Les observations relatives à des corps étrangers volumineux qui, après avoir séjourné pendant quelque temps dans le canal digestif, ont été éliminés à la suite d'un abcès par voie ulcéreuse; ces faits doivent aussi être connus pour juger les mêmes opérations dont je viens de parler, et qui seront décrites bientôt. Les recueils, les livres de chirurgie, sont encore très fertiles en histoires pour le moins aussi merveilleuses que celles qui concernent les corps étrangers qui ont heureusement été expulsés par l'anus. Je vais citer

(1) Planque, *Bibliothèque de médecine*, t. III, pag. 560, in-4°.

Digitized by Google

quelques uns de ces faits dont l'authenticité pourrait être suspectée; mais la méfiance n'exclut pas l'examen. Ce qui me porterait à prendre au sérieux quelques uns des faits extraordinaires que j'ai à citer, c'est que, dans des recueils modernes, par exemple, dans le *Bulletin de la Faculté de médecine* (tom. VI, pag. 517), on trouve des observations qui se rapprochent singulièrement de celles dont on conteste souvent l'authenticité. Ainsi, dans le tome VI du recueil cité, on trouve que Dubois a extrait d'un abcès de la fosse iliaque une lame de couteau qui avait été avalée depuis longtemps par le malade. Un misanthrope cherche à quitter la vie par plusieurs procédés, et finit par avaler une cuiller à café qui reste neuf mois dans le tube digestif. Après ce temps paraît à l'épigastre une tumeur qui s'abcède; M. Otto reconnaît et extrait la cuiller, qui n'était presque pas altérée. Le malade guérit très bien et en peu de temps (1).

Voici le fait le plus extraordinaire appartenant à la catégorie des corps étrangers de l'abdomen dont l'organisme seul s'est débarrassé. On verra ici et récidive du mal et redoublement des efforts de la nature. L'observation est dans le journal de Blégny (2) : Pierre Ivens, vigneron du village de Saint-Leu-Taverny, près de Montmorency, âgé de soixante-cinq ans, d'une constitution robuste, d'un esprit dérangé, avala secrètement le fusil (affiloir) d'un charcutier. Il n'y eut pas d'abord de douleurs, et six mois se passèrent tranquillement. Après ce temps survint un abcès à l'hypochondre gauche, et on en fit l'ouverture, par laquelle cet outil fut retiré. Il s'écoula du pus en petite quantité, et en moins de huit jours la guérison fut parfaite. Le même maniaque avala encore avec une égale impunité le pied grossier, inégal, d'une marmite de fer, qui sortit aussi à gauche à l'aide d'un abcès qui fut promptement guéri. Enfin ce même malheureux s'introduisit plus tard dans l'estomac un couteau avec sa gaîne, qui sortirent sur le côté des vertèbres lombaires, à la faveur d'un abcès ouvert pendant que le malade était courbé en travaillant la terre. Mais, un jour, un crapaud vivant dont il s'accommoda le tourmenta au point qu'il fut obligé de provoquer le vomissement en se donnant des coups de poing sur l'estomac; il le rejeta une heure après l'avoir avalé. Léveillé rapporte cette histoire

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. XV, pag. 320.

(2) *Nouv. découv.*, 679, pag. 188. Planque, *Bibliot.*, t. I, pag. 51.

Digitized by Google

et ajoute que cette observation n'a pas le degré d'authenticité que désire un critique sévère : « Sans nier la possibilité des faits, je ne dois pas laisser ignorer que Blégny a écrit d'après Jolly, son beau-frère, sur la véracité duquel il comptait, et que ce praticien pouvait s'assurer du tout par lui-même, puisqu'il exerçait à Paris, peu distant de Saint-Leu (1). »

Mais les faits qui prouvent que les corps étrangers de l'abdomen, soit par leur nature, soit par leur volume, ont produit des accidents mortels, ces faits ne sont pas moins nombreux que ceux que je viens de citer. Ainsi Bininger parle d'un homme qui ne put se nourrir que d'aliments liquides pendant trois ans, à cause de douleurs vives abdominales dont le siége principal était dans une tumeur dure située à l'hypogastre ; l'ouverture du cadavre montra le colon sphacélé et distendu par plus de trois livres de noyaux de prunes, de cerises, avec quelques balles de plomb que le malade avait avalées à diverses époques, pour se soulager. Une cause analogue produisit une constipation mortelle à un autre individu dont il est question dans les éphémérides d'Allemagne (Léveillé, *loc. cit.*).

Des coliques saturnines ont quelquefois été déterminées par des grains de plomb que le malade avait avalés, et ces coliques n'ont pu être apaisées par aucun remède. « C'est ce qui arriva à une fille qui avait avalé plusieurs lames de plomb coupées par petits morceaux. Elle éprouva des douleurs très vives à la région de l'estomac, des faiblesses, des angoisses, une constipation opiniâtre, qui lui causèrent la mort. Dans d'autres circonstances, des flux dysentériques ont exigé des soins, et malgré l'usage des huileux, des purgatifs, la diarrhée n'a cédé qu'à l'expulsion tardive des corps étrangers par l'anus. C'est ce dont nous assure A. Lusitanus en parlant d'un homme qui avala, en badinant, un anneau d'or travaillé en relief et orné d'une tête ciselée. Zacutus a vu périr des mêmes accidents un autre qui avait avalé trois diamants bruts. » (Léveillé, *loc. cit.*)

En traitant des accidents des hernies, j'ai fait mention des corps étrangers contenus dans les parties herniées et pouvant produire l'engouement. J'ai promis alors de rapporter dans le présent article des faits à l'appui. Volpi cite un exemple relatif à un homme qui avait mangé gloutonnement des écrevisses, dont les têtes pelotonnées donnèrent lieu à une constriction fâcheuse. On sait que Wingler

(1) *Nouv. dict. chir.*, Paris, 1812, t. III.

Digitized by Google

ouvrant le cadavre d'une personne morte d'une hernie vit que la tumeur était formée par de petits os de poulet retenus dans le cœcum par sa valvule. Un jeune homme de vingt-cinq ans fut amené éthique à l'hôpital de Poitiers : il avait à la région iliaque droite une hernie de la grosseur d'une demi-bouteille Ce malade étant mort deux mois après, M. Gaillard vit la hernie formée par une grande portion du cœcum très élargi et contenant de petits os de pied de cochon, des noyaux de cerises durcis ensemble, revêtus d'une substance mollasse, veloutée.

En 1722, l'Académie des sciences a publié que M. Farcy, chirurgien de La Flèche, fut appelé auprès d'un portefaix qui, depuis dix-huit ans, portait une hernie inguinale facilement réductible; presque tout-à-coup, elle avait beaucoup augmenté de volume et l'étranglement était manifeste. Une dureté très grande qui semblait osseuse s'opposa à toute tentative de réduction. M. Farcy s'en tint à un traitement général pendant quatre jours, après lesquels il proposa l'opération du bubonocèle. Le malade s'y refusa d'abord, et s'y détermina lorsqu'il y eut indice de suppuration. La tumeur ouverte, il s'écoula un pus fétide; une anse d'intestin se trouva pourrie, et on en retira à deux ou trois reprises seize petits os de pieds de mouton qui avaient été avalés la veille de l'accident. Il s'ensuivit une fistule stercorale qui se consolida le trente-troisième jour.

Hévin, qui a fait usage de cette observation dans son savant Mémoire, rapporte que Petit vit un homme incommodé d'une hernie qui rentrait avec facilité; elle fut le siége de douleurs très vives et causa de violents vomissements. Ce malade fit des efforts inutiles pour réduire sa hernie comme à l'ordinaire, et ne consentit à l'opération que quand il se vit près de périr. L'intestin fut trouvé percé par une patte de mauviette avalée quelque temps auparavant.

2° *Corps étrangers provenant des organes en rapport avec le tube digestif.* Ces organes sont la matrice, les organes de l'appareil urinaire et de l'appareil biliaire.

Dans les cas de grossesse extra-utérine, soit tubaire, soit interstitielle ou après des déchirures de la matrice, on voit le fœtus arriver dans le péritoine et y jouer le rôle de corps étranger (1). Il en est de même des calculs vésicaux ou biliaires qui peuvent y arriver de la vessie, de l'uretère, du rein ou de l'appareil excréteur de la

(1) Hillairet, *Essai sur la grossesse extra-utérine abdominale* (*Annales de la chirurgie*, t. XII, pag. 5 et suiv.).

Digitized by Google

bile. Cette migration s'effectue par ulcération, rupture, déchirure d'un des organes qui contiennent d'abord ces corps eux-mêmes. M. Velpeau a observé à l'hôpital de la Pitié un jeune homme qui portait un calcul gros comme une petite noix, ayant une épingle pour noyau ; il était sorti de l'uretère perforé et se trouvait entre ce conduit et le colon ascendant. Assez ordinairement, dit ce professeur, précédés dans leur marche par l'inflammation adhésive, ces corps se bornent souvent à produire un peu d'induration ou quelques foyers dans les parties environnantes, et cheminent ainsi plus ou moins rapidement jusqu'à ce qu'ils se fassent jour, soit au dehors, soit dans quelque organe creux. Quand ils tombent dans le péritoine, l'épanchement et la péritonite en sont la suite habituelle, à moins qu'ils ne se perdent au milieu d'un foyer phlegmasique peu étendu qui se transforme en abcès ou en kyste, où ils peuvent rester un temps variable en raison d'une foule de circonstances. Leur traitement est le même que celui des ruptures ou des contusions compliquées (*Dict. en 21 vol.*, nouv. édit., art. *Abdomen*).

3° *Corps étrangers formés dans l'abdomen.* On lit dans Planque que dans le ventre d'un sujet mort de toute autre maladie on trouva un corps lisse, comme cartilagineux, ayant 14 lignes de long, 10 lignes de large et 7 lignes d'épaisseur, de forme ovalaire et contenant dans son centre une petite pierre unie, ronde, semblable à un pois complétement dépourvu d'adhérences ; il paraissait être tout-à-fait étranger aux viscères de l'abdomen. Ces corps ont beaucoup d'analogie avec les corps étrangers des articulations, et on verra que les explications sur la manière dont ils se forment sont les mêmes que celles que j'ai exposées (tom. II, pag. 514).

M. Lebidois (de Caen) a trouvé dans un kyste au-dessous de la rate « un corps blanc, ovoïde, du volume d'une très grosse noix, légèrement déprimé sur trois faces, dur, compacte, élastique, et entièrement libre par toute sa surface, qui était luisante, humide et polie, de manière à imiter la tête du fémur récemment extraite de la cavité cotyloïde. » Un corps pareil existait sur le même cadavre entre le rectum et la vessie, flottant au milieu d'un kyste cellulo-vasculaire très lâche. (1).

M. Velpeau a lui-même, en 1823, recueilli un fait analogue, à l'hôpital de Perfectionnement, sur une jeune femme morte de

(1) *Archives de médecine*, tom. XVIII, pag. 579.

Digitized by Google

phthisie pulmonaire. Les viscères abdominaux étaient parfaitement intacts; un corps étranger aplati, de la forme et du volume d'un marron, lisse, humide, jaunâtre, entièrement libre dans le péritoine, fut trouvé entre le cœcum et la colonne vertébrale. Ce corps élastique très dense offrait moins de dureté au centre qu'à la surface, ne présentait nulle apparence fibreuse, put être écrasé sous le pouce, et parut être une concrétion fibrineuse, reste d'un ancien caillot de sang. (*Dict. en* 21 *vol.*, nouv. édit.)

Comme je l'ai dit, on n'a pas manqué de comparer ces corps étrangers à ceux que j'ai décrits dans mon deuxième volume, et les mêmes théories ont été reproduites touchant leur pathogénie. Ainsi on voit M. Velpeau attribuer ces corps à de la fibrine du sang modifiée d'une certaine manière, tandis que Béclard les faisait naître en dehors du péritoine; ils s'envelopperaient ensuite de cette membrane, qui leur formerait un pédicule qui, finissant par se rompre, laisserait libre dans la cavité abdominale ces corps particuliers, dont l'histoire, comme on le voit, n'est qu'ébauchée au point de vue de l'anatomie pathologique. Quant à la symptomatologie, elle est entièrement à faire.

CHAPITRE II.

LÉSIONS VITALES DE L'ABDOMEN.

J'ai déjà dit que je ne devais parler spécialement dans cette section que des lésions physiques. Cependant il est quelques lésions vitales qui ont des résultats qu'on doit faire connaître dans un livre de chirurgie : ainsi, les inflammations phlegmoneuses et les abcès. Je ne pouvais traiter à part de ces tumeurs; mais il est deux variétés d'abcès dont je dois donner quelques notions : ce sont les abcès des parois abdominales et les abcès de la fosse iliaque. Je vais les étudier avec les inflammations dont ils sont une conséquence, ou, comme on le dit dans les écoles, une terminaison.

Digitized by Google

ARTICLE Ier

Inflammations et abcès de l'abdomen.

I. PHLEGMONS, ABCÈS DES PAROIS DE L'ABDOMEN.

Ces tumeurs se forment tantôt en dehors du péritoine, tantôt entre les muscles abdominaux; il arrive aussi qu'elles sont sous-cutanées. Je ne parlerai pas de ces dernières, car là les abcès se comportent comme les abcès des autres parties du corps, et quand ils deviennent plus profonds, ils sont soumis aux mêmes moyens que les premiers. Les abcès de cette catégorie, c'est-à-dire ceux qui naissent sous le péritoine ou entre les muscles, sont ordinairement avec des douleurs très aiguës et avec une fièvre intense. On s'explique ces phénomènes, cette réaction par le grand nombre de nerfs des parois abdominales, et par la résistance qu'opposent au développement de la tumeur phlegmoneuse les plans représentés par les muscles et les aponévroses. Cette résistance fait que ces tumeurs, à leur naissance, sont aplaties, dures et extrêmement sensibles au toucher. Elles ne sont réellement acuminées que tardivement, car le pus met un temps assez long à parvenir sous la peau. On conçoit aussi que ces tumeurs puissent faire d'abord plus de saillie vers la cavité qu'en dehors de l'abdomen : c'est alors qu'elles peuvent gêner les fonctions des viscères. Quand le pus que contiennent ces tumeurs est évacué, il reste presque toujours autour de la poche qui les contenait des duretés qui ne disparaissent que lentement. La douleur dont j'ai parlé tantôt est nécessairement exaspérée par les efforts et les mouvements qui mettent en action les muscles abdominaux : ainsi, la toux, des inspirations fortes, l'extension du tronc, les efforts pour uriner, pour l'excrétion des matières fécales. C'est la suppuration qui est la conséquence presque obligée de ces tumeurs, et quoique le pus se forme assez souvent sur un point plus voisin du péritoine que de la peau, cependant c'est rarement vers l'intérieur que cette humeur est portée. Ici les *naturalistes* expliquent à leur manière cette tendance de la suppuration à se porter au dehors. Au lieu de céder le plan qui sépare le pus du ventre, ce plan se fortifie, le péritoine s'épaissit au niveau de l'abcès, tandis que les plans voisins de la peau s'amincissent, cèdent et subissent même des solutions de continuité par l'inflammation ulcéra-

Digitized by Google

tive. Il est évident qu'il y a là un côté de la vérité ; mais pour l'obtenir tout entière, il faut prendre en considération la résistance naturelle qu'opposent les viscères de l'abdomen jointe au mouvement expansif propre à ces viscères. C'est par cette action qu'on voit les épanchements formés dans cette cavité, à la suite d'une plaie pénétrante, tendre à se réunir autour de cette plaie et à s'échapper par son ouverture. Le pus qui provient des abcès profonds, des parois abdominales, a assez souvent une odeur fétide, ordinairement analogue à l'odeur des matières fécales : c'est ce qui fait croire le plus souvent à la perforation de l'intestin et à sa communication avec l'abcès. Dans l'article ABDOMEN du *Dict. en 21 vol.*, nouvelle édition, M. Velpeau a intercalé quelques observations curieuses qui appuient les considérations suivantes :

« Il n'est pas probable que dans aucun de ces cas l'odeur de la matière purulente provînt de la communication de l'intestin avec le foyer, car cette odeur a cessé d'un jour à l'autre, et le foyer s'est cicatrisé promptement sans devenir fistuleux ; il n'y avait d'ailleurs aucune apparence de matière fécale proprement dite dans le pus fourni par ces abcès. Resterait à admettre comme cause de cette odeur la transsudation des gaz stercoraux, ou, si l'on aime mieux, une sorte d'imbibition stercorale à travers les parois de l'intestin s'étendant jusqu'au foyer. Ce n'est point d'ailleurs la première fois qu'on a vu les suppurations formées au voisinage des canaux excréteurs répandre l'odeur des fluides ou des matières qu'ils contiennent sans que ces canaux se trouvent eux-mêmes intéressés ; tel est le cas sans doute de beaucoup d'abcès situés à la marge de l'anus, remarquables par leur fétidité, quoique la sonde ne fasse pas toujours découvrir de perforation au rectum, ou bien des abcès à odeur spermatique qui se développent autour des testicules ou des canaux déférents (*loc. cit.*). »

Les abcès profonds des parois abdominales à leur naissance pourraient être pris pour une inflammation des viscères abdominaux et surtout pour une péritonite. Mais dans l'abcès, la douleur a tout d'abord quelque chose de fixe et de superficiel. Il y a véritablement une tumeur circonscrite qui fait corps avec les parois abdominales.

Au début de cette tumeur, on la traitera comme tous les phlegmons. D'abord la phlébotomie, s'il y a réaction, puis les sangsues en grand nombre, les cataplasmes émollients, les fomentations de même nature, les bains, le repos absolu. Mais ces moyens, qui mo-

Digitized by Google

dèrent l'inflammation, empêchent rarement la suppuration d'avoir lieu. C'est ce dont il faut bien se persuader pour juger de la valeur des antiphlogistiques et pour se tenir prêt à évacuer le pus de bonne heure pour éviter l'extension du foyer, le décollement des muscles abdominaux et la pénétration du pus dans le péritoine.

II. PHLEGMONS, ABCÈS DES FOSSES ILIAQUES.

Ces tumeurs inflammatoires ont fixé depuis longtemps l'attention des médecins. Dance, M. Husson, Dupuytren, ont jeté un grand jour sur cette question; puis des confrères distingués, MM. Lebatard, Piotay, Ménière, Grisolle, ont ajouté aux travaux de leur maître. Je ne puis traiter ici en entier la question des phlegmons et abcès iliaques. Je n'exposerai même avec détail que le diagnostic, en empruntant surtout au travail de M. Grisolle (1).

Causes. Le sexe masculin, une constitution forte, l'âge de vingt à trente ans chez les femmes, l'état puerpéral et le défaut d'allaitement, sont les causes qui prédisposent le plus aux abcès des fosses iliaques. Ces abcès se montrent plus fréquemment à droite, excepté ceux qui surviennent après les couches, lesquels paraissent se développer plus souvent à gauche.

Parmi les causes efficientes des phlegmons, on note les contusions, les efforts violents, les plaies, surtout celles qui sont compliquées de la présence des projectiles, les perforations du cœcum et de son appendice, spécialement celles qui sont le résultat de la gangrène; l'inflammation des organes voisins qui s'étend au tissu cellulaire des fosses iliaques; cette cause est une de celles qu'on observe le plus rarement, selon M. Grisolle; il n'est pas encore démontré que le phlegmon iliaque soit quelquefois la suite de l'entérite aiguë ou chronique. Mais dans la plupart des cas, il est impossible de saisir la cause qui a présidé au développement de la phlegmasie cellulaire. Cette obscurité dans l'étiologie, la marche insidieuse et sourde qu'affecte souvent la maladie dans sa première période, empêchent parfois le médecin de pouvoir en préciser le début.

Diagnostic. Les reins simplement déplacés ou devenus plus volumineux par suite d'une phlegmasie qui a frappé leur parenchyme, pourront en imposer quelquefois pour des abcès iliaques. Si le rein n'est que déplacé, mais sans altération dans son tissu, il sera possible de le reconnaître en ayant égard à la forme et au volume

(1) *Archives de médecine*, Paris, 1839, tom. I.

Digitized by Google

de la tumeur, dont on pourra exactement dessiner les contours à l'aide du plessimètre (1). Si le rein devient malade, si son tissu s'enflamme et suppure, on pourra croire à l'existence d'un abcès dans le tissu cellulaire : car il y a tumeur, fluctuation et selles purulentes dans le cas où le foyer s'ouvre dans le colon ou le rectum, comme M. Cruveilhier (2) en cite un exemple. Mais si on interroge avec soin la sécrétion urinaire, les troubles qu'on observera dans cette fonction jetteront assez de lumières sur la véritable nature de l'affection. L'ovaire malade peut, en se déplaçant, venir former une tumeur douloureuse et plus ou moins volumineuse dans la fosse iliaque, et simuler un phlegmon de cette région. Mais la tumeur dépendant de l'ovaire, de forme en général globuleuse, est parfois bosselée et très souvent mobile ; elle semble même fuir sous la main, et dans certains moments son déplacement est tel qu'on ne la retrouve plus dans la fosse iliaque. Il est possible de lui imprimer des mouvements en agissant sur l'utérus. Enfin, comme cela est fréquent, si la tumeur ovarique est composée de produits morbides divers, tels que squirrhes, encéphaloïdes, kystes, cartilages, etc., la percussion donne des degrés de matité et de résistance variables suivant les points, et qui sont en rapport avec la diversité des tissus pathologiques qu'on y rencontre.

Les péritonites circonscrites à l'état aigu ou chronique constituent des tumeurs appréciables à la vue et au toucher, qui peuvent simuler un phlegmon. Si on a égard aux symptômes et à leur ordre de succession, on pourra reconnaître la nature de l'affection. C'est ainsi que dans la péritonite un frisson plus ou moins violent en marque le début : ce symptôme, au contraire, est rare dans le phlegmon. La douleur de la péritonite est vive, pongitive, et diffère beaucoup, quant à son intensité et à sa nature, de celle que produit le phlegmon ; la première, d'ailleurs, s'accompagne en général de vomissements ou tout au moins de nausées, de hoquets et de fièvre intense. Enfin, dans les cas où une tumeur se dessine, elle n'offre jamais cette élasticité, cette résistance, cette dureté qu'on rencontre dans le phlegmon. Mais la tuméfaction présente, dès les premiers moments de son apparition, une mollesse remarquable, et parfois même une véritable fluctuation.

(1) Le déplacement du rein est avec une dépression dans la région lombaire correspondante.

(2) Cruveilhier, *Anat.*, t. II, pag. 694.

Digitized by Google

Chez deux malades atteints de péritonite chronique, dit M. Grisolle, j'ai vu des anses intestinales agglomérées entre elles et unies par de fausses membranes épaisses, former vers les fosses iliaques des tumeurs assez volumineuses; mais celles-ci étaient inégales à leur surface, leur sonoréité était variable, et dans aucun cas il n'y a matité complète; enfin, la déformation, la dureté du ventre et les symptômes généraux ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une péritonite chronique, diagnostic qui fut vérifié par l'autopsie.

Les tumeurs stercorales sont celles que l'on confond le plus fréquemment avec le phlegmon; mais les tumeurs stercorales se présentent sous forme de masses plus ou moins volumineuses *inégales à leur surface*, peu ou point douloureuses à la pression, diminuant ou disparaissant spontanément d'un instant à l'autre sous l'influence des contractions péristaltiques des intestins, et surtout après l'administration d'un purgatif. Il n'est même pas rare de pouvoir faire cheminer la tumeur produite par les fèces à l'aide de pressions exercées sur elle. On déplace ainsi la matité : celle-ci s'observe dans les deux cas, mais celle qui résulte d'une accumulation de matières stercorales offre le plus souvent moins de résistance au doigt que lorsqu'il s'agit de phlegmons ou d'abcès commençants de la fosse iliaque. Les tumeurs stercorales, au degré le plus grave, produisent tous les symptômes de l'iléus, accidents qu'on n'observe jamais dans les tumeurs phlegmoneuses, car la compression que celles-ci exercent sur le cœcum n'est jamais portée au point d'interrompre complétement la continuité du tube digestif. Il est donc inutile d'insister sur le diagnostic différentiel des phlegmons iliaques avec les invaginations intestinales et les étranglements internes. M. Grisolle a observé un ostéosarcome de la fosse iliaque qui pouvait en imposer pour une tumeur phlegmoneuse; cependant il sera facile en pareil cas d'éviter l'erreur si on observe que l'ostéosarcome s'annonce communément par des douleurs vives et profondes qui se déclarent quelquefois longtemps avant qu'il se manifeste aucune tuméfaction. Enfin celle-ci apparaît; elle est dure, immobile et bosselée; en général, la compression exercée sur elle augmente par les douleurs dont elle est le siége, et la constitution du sujet ne tarde pas à être profondément altérée. Dans un fait que M. Durand-Fardel a communiqué à la Société anatomique (1), on

(1) *Bull.* n° 4, juin 1838, pag. 125.

Digitized by Google

voyait une tumeur fluctuante du volume d'une tête de fœtus à terme occuper la fosse iliaque gauche. Elle avait été précédée depuis près de deux ans par de la douleur, de la difficulté dans la marche, puis le membre inférieur correspondant se raccourcit peu à peu sans allongement préalable, toute la hanche se tuméfia, toute espèce de mouvement devint impossible. Enfin il survint ce teint jaune-paille propre aux affections cancéreuses. Ces divers symptômes, la marche que la maladie avait suivie, ne pouvaient faire croire à l'existence d'un abcès phlegmoneux. L'autopsie démontra, en effet, qu'il s'agissait d'une dégénérescence de l'os iliaque, et la tumeur qu'on avait constatée pendant la vie était remplie d'une matière pultacée diffluente, de caillots sanguins, de tissu encéphaloïde et de débris d'une matière comme spongieuse et infiltrée de sang.

Pronostic. Les phlegmons des fosses iliaques doivent être regardés comme une maladie grave et traités comme tels. En effet, sur soixante-treize malades ils ont amené la mort vingt fois, et dans onze autres cas, les symptômes devinrent assez fâcheux pour inspirer les plus vives inquiétudes sur l'issue de la maladie. Les phlegmons qui sont consécutifs à un accouchement sont plus graves que ceux qui surviennent dans d'autres conditions; car, dans le dernier cas, la mortalité a été d'un peu moins que le quart, tandis que dans le premier elle s'est élevée presque à la moitié (sept sur dix-sept).

Traitement. Les praticiens sont tous d'accord pour conseiller l'usage des émissions sanguines dans le traitement des phlegmons iliaques, quelle que soit la cause qui les ait déterminés. Les uns préconisent les saignées générales faites abondamment et à peu d'intervalle, les autres ont reconnu plus d'efficacité dans l'application des sangsues et des ventouses sur le siége même du mal. Ce qui vaut mieux, c'est de combiner ces deux saignées.

Cependant les saignées générales et locales ont une action très bornée sur la marche et la terminaison des phlegmons iliaques. En effet, lorsque la maladie se montre avec une certaine intensité, on ne peut guère espérer la résolution de l'engorgement, quelle que soit l'énergie avec laquelle on emploie les émissions sanguines. Je citerai, à l'appui de cette opinion, la cinquième observation du mémoire de M. Grisolle (1), dans laquelle on employa les émissions sanguines à hautes doses, puisque dans l'espace de cinq jours on

(1) *Arch. de Méd.*, 1839.

Digitized by Google

retira au malade douze palettes de sang, et qu'on lui appliqua cent dix sangsues, et cependant une médication aussi énergique n'a pu empêcher la suppuration de s'établir. Cette inefficacité des saignées, dans ce cas, tient peut-être, dit M. Grisolle, à ce qu'on ne commença à les employer qu'au huitième jour à dater du début.

On peut établir, comme règle générale, que la résolution sera une terminaison fort rare du phlegmon iliaque lorsqu'on en commencera le traitement après les cinquième ou sixième jours à dater des premiers symptômes. C'est ce que prouvent du moins les trente faits analysés par M. Grisolle, puisque sur ce nombre deux seulement ont fait exception à la proposition que je viens d'émettre.

Si les émissions sanguines largement employées empêchent rarement la suppuration de s'établir, elles peuvent néanmoins, si on les pratique à une époque rapprochée du début, rendre celle-ci moins abondante et abréger de beaucoup la durée totale de la maladie.

La question de savoir si on doit ouvrir ou non les abcès iliaques est très importante. Dance croyait qu'il ne fallait point chercher à l'attirer et à l'ouvrir au dehors, mais attendre patiemment l'évacuation de la matière purulente par l'intestin (1). Cette pratique est fondée sur l'opinion qu'avait Dance, que l'ouverture de l'abcès dans le gros intestin est une terminaison favorable. Mais si on se rappelle les nombreux accidents qui peuvent résulter d'une accumulation plus ou moins considérable de pus au milieu d'un tissu cellulaire lâche, on conviendra qu'il ne serait pas prudent de demeurer simple spectateur des efforts de la nature. C'est ce qu'avaient très bien compris les chirurgiens du dernier siècle, qui, dès qu'ils avaient soupçonné la présence du pus, n'étaient en repos que quand ils avaient évacué ce produit morbide. Avant de faire l'incision, cependant, il est indispensable de percuter avec soin le point où l'on doit plonger le bistouri; car il ne serait pas impossible que le pus accumulé spécialement à la face postérieure du cœcum eût refoulé en avant cet intestin, qui serait nécessairement alors divisé par l'instrument: cet accident a été observé une fois (2). L'incision est généralement pratiquée au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle, parce que c'est ordinairement dans ce point que l'abcès

(1) *Dict. en 25 vol.*, t. I, pag. 222.
(2) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, pag. 343, obs. 4e.

Digitized by Google

vient former saillie, et on agira comme s'il s'agissait de la ligature de l'artère iliaque. Le foyer ouvert, on favorisera l'écoulement du pus, on en préviendra le croupissement et la décomposition putride à l'aide de la position, en faisant coucher les malades sur un des deux côtés, et même sur le ventre; enfin, on renouvellera les pansements plusieurs fois par jour; on pratiquera dans le foyer des injections, émollientes d'abord, et plus tard détersives.

Épanchements dans l'abdomen.

Dans le cours de cette section, les épanchements abdominaux ont souvent été signalés comme accidents, comme complications des lésions de l'abdomen, des opérations qui sont pratiquées sur cette région. Je place ici comme appendice quelques généralités qui compléteront la pathologie de cette région importante et qui pourront éclairer la conduite de l'opérateur, car cette section sera fermée par l'exposition des procédés qui consistent à ouvrir l'abdomen pour le débarrasser d'un corps nuisible.

Variétés. Les épanchements abdominaux peuvent être divisés en deux principales catégories : 1° épanchements d'humeurs, de matières non morbides; 2° épanchements d'humeurs morbides.

1° *Épanchements d'humeurs, de matières non morbides.* Le sang, la bile, l'urine, les matières alimentaires peuvent être épanchés dans l'abdomen à la suite des lésions que j'ai déjà étudiées, *plaies pénétrantes compliquées, rupture des organes abdominaux, ulcérations.*

Le *sang* peut être épanché dans le péritoine à la suite des solutions de continuité de tous les organes contenus dans l'abdomen, tandis que les autres épanchements sont particuliers à la lésion de tel ou tel organe, de telle ou telle partie. En parlant des plaies du tube digestif, j'ai traité assez longuement de l'épanchement sanguin, de ses caractères, surtout quand j'ai étudié les plaies de l'estomac.

Les solutions de continuité directes, celles par contre-coup des grands parenchymes, donnent lieu quelquefois à des hémorrhagies internes abondantes. J'ai déjà dit qu'il est des organes qui ne sont atteints par certaines blessures que dans des conditions particulières : par exemple, la matrice, la vessie, sont à l'abri des solutions de continuité par rupture, quand dans un état de vacuité ces organes se trouvent abrités par le bassin; ainsi un développe-

Digitized by Google

ment physiologique est une condition favorable pour la production de certaines plaies. Un développement morbide peut constituer une espèce de prédisposition, ainsi qu'on le voit pour les ovaires, pour l'aorte, la veine cave, les vaisseaux spléniques, hépatiques, mésentériques, épiploïques et ovariques. Tous ces organes peuvent très bien être blessés pendant qu'ils sont à l'état le plus normal, et à la suite de cette lésion, ils peuvent fournir assez de sang pour constituer un épanchement très grave ; mais par un développement morbide, ils offrent plus de prise non seulement aux solutions de continuité directes, mais à celles par contre-coup. D'ailleurs la distension exagérée de certains de ces organes peut conduire à une rupture spontanée. Les grosses veines, les artères sont dans ce cas, et à ces derniers vaisseaux il peut y avoir des ulcérations qui favorisent singulièrement une rupture : aussi n'est-il pas rare d'observer des ruptures de l'aorte ventrale déjà anévrismatique, et la veine cave variqueuse a plus d'une fois subi une solution de continuité analogue. Chaussier rapporte (1) l'observation d'une rupture d'une veine de l'ovaire.

Aux lésions des vaisseaux des organes contenus dans l'abdomen, il faut joindre ceux des parois abdominales : ainsi, à la suite de la ponction abdominale après l'opération de la hernie étranglée, on a observé des épanchements sanguins qui ont été produits dans le plus grand nombre des cas par la lésion de l'artère épigastrique, qui, comme on le sait, laboure les parois abdominales.

Ce sont surtout les épanchements sanguins qui ont fourni matière aux discussions qui depuis Petit le fils et Garengeot partagent les esprits. En parlant des plaies du tube intestinal, j'ai déjà fait pressentir ce que j'accepte des théories qui ont été imaginées sur ce point intéressant de pathologie. J'y reviendrai encore.

Les symptômes de l'épanchement sanguin considérable sont ceux de l'hémorrhagie interne; je les ai déjà exposés en parlant des hémorrhagies internes pectorales dans la section précédente. Le sang peut, par son séjour, comprimer, irriter les parties. Mais, en général, la compression ici n'est pas grave, et l'irritation produit une péritonite qui se limite assez facilement, et même la plaie elle-même est pour beaucoup dans l'établissement de l'inflammation. L'épanchement sanguin, enfin, est celui qui est le moins redoutable sous ce rapport.

(1) *Mémoires et consultations de médecine légale*, Paris, 1824.

Digitized by Google

L'épanchement de *bile* dans l'abdomen à la suite d'une solution de continuité de la vésicule du fiel ou de ses canaux, est tantôt le résultat d'un coup sur le ventre, tantôt d'une forte secousse du tronc. Petit fait mention d'une ponction malheureuse par laquelle le chirurgien établit une communication entre la vésicule biliaire et la cavité péritonéale (1).

Les symptômes sont une douleur vive, subite, dans l'hypochondre droit, avec rétraction des parois de l'abdomen, et presque toujours difficulté d'uriner, d'aller à la garde-robe. La péritonite qui survient alors ne s'étend pas toujours à tout l'abdomen ; elle est accompagnée de plus fortes angoisses, de nausées, d'envies de vomir moindres que dans la péritonite ordinaire. Il a été noté que l'épanchement qui est de cause traumatique produit généralement la mort en peu d'heures ou en peu de jours, tandis que l'inflammation de la séreuse qui est due à une ulcération permet, en général, à la vie de se prolonger beaucoup plus longtemps. Dans le premier cas, la bile se répand brusquement à la surface des viscères sans être arrêtée, et de manière à déterminer une inflammation des plus violentes en quelque sorte sidérative ; au contraire, dans le second cas, le liquide peut n'être que filtré ; avant sa sortie, une inflammation préalable a pu établir des adhérences limitatives qui peuvent entourer la bile, la renfermer dans un kyste plus ou moins grand. Mais le malade n'en succombe pas moins dans le plus grand nombre des cas. Le plus remarquable, c'est d'observer les traces peu prononcées de péritonite à la surface d'organes qui ont été en contact avec un liquide qui passe pour être si irritant.

La vessie est à peu près la seule pièce de l'appareil urinaire dont les lésions donnent lieu à un *épanchement d'urine* dans le péritoine ; encore faut-il qu'une solution de continuité empiète plus ou moins sur la paroi postérieure de cette poche. C'est ordinairement par une chute, un coup, c'est par la taille, la ponction, par une sonde laissée à demeure et trop enfoncée dans la vessie, un cathétérisme brutalement fait, une rétention complète d'urine. Quelle que soit la cause, à l'instant de la solution de continuité, il y a des vomissements de matières pâles, de la constipation ; il ne sort point d'urine par l'urètre ou bien en très petite quantité, et elle est sanguinolente. La sonde pénètre, en général, avec une facilité remarquable

(1) *Académie de chirurgie*, tom. I, pag. 117.

Digitized by Google

dans la vessie, et n'évacue qu'une très petite quantité de liquide mêlé de sang. Tous les symptômes d'une violente péritonite se développent, et la mort arrive ordinairement du troisième au douzième jour.

L'autopsie cadavérique montre que l'abdomen est rempli d'une abondante quantité de liquide. L'épanchement a lieu si rapidement, qu'il est des praticiens qui ont cru devoir pratiquer la ponction dès le troisième, le quatrième ou le cinquième jour : le liquide qu'on évacue alors n'a pas l'odeur et l'âcreté de l'urine; il n'est, en général, ni floconneux, ni trouble, comme dans la péritonite simple, et reste habituellement limpide, malgré son abondance. Bien plus, ainsi que le prouve une observation d'Hourmann (*Clinique des hôpitaux*, tom. I, n° 14), le péritoine peut n'être ni épaissi ni même rouge. Au lieu de s'épancher par une solution de continuité de la vessie sans division des parois abdominales, l'urine passe en partie par une plaie de ces parois, et en partie dans le péritoine, comme on peut l'observer, par exemple, à la suite de la taille sus-pubienne; la mort n'en est pas la suite inévitable, puisque les cas que je connais de taille par cette méthode, et avec division du péritoine, puisque ces cas se sont terminés par la guérison.

Ce qu'il faut bien noter ici, c'est la circonstance de la mort à la suite des véritables épanchements de bile et d'urine, et cependant le péritoine s'est ordinairement trouvé peu enflammé; on doit donc penser alors que la mort qui a lieu si promptement peut ne pas être complétement attribuée à l'inflammation. Il est possible qu'il y ait quelque chose de toxique dans la bile et surtout dans l'urine.

Les *épanchements des matières qui parcourent habituellement le tube alimentaire* sont peut-être aussi fréquents que les épanchements sanguins; une déchirure de l'estomac, de l'intestin grêle, du cœcum, causée par des coups portés sur l'abdomen, la hernie étranglée, les opérations qui consistent à pénétrer dans l'abdomen, comme la kélotomie, l'entérotomie, puis certaines lésions vitales, comme le volvulus, une coarctation prononcée du rectum, les ulcérations intestinales de la fièvre typhoïde, la fonte de tubercules, les perforations causées par un poison violent, par la présence d'un corps étranger, voilà une infinité de causes capables de produire une solution de continuité du tube digestif qui peut alors vider une partie de son contenu dans le péritoine. Ces causes

Digitized by Google

agissent, comme on le voit, en procédant soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors. Les symptômes sont ceux de la péritonite suraiguë; quand la solution de continuité viscérale est sans division des parois abdominales, que ce soit à la suite d'une fièvre typhoïde ou de toute autre maladie ancienne, ou par rupture traumatique, ces douleurs sont d'abord très vives, il y a ballonnement du ventre, lequel se manifeste tout-à-coup, puis décomposition des traits de la face, petitesse du pouls, vomissements, constipation. Si la solution de continuité est traumatique, les douleurs sont encore plus insupportables, le ventre ne se gonfle pas aussi rapidement. Voyez ce que j'ai dit sur les vomissements de sang ou les selles sanguinolentes, selon que l'estomac et l'intestin sont le siége de la plaie. Comme accident, il y a des différences, selon la quantité et l'état plus ou moins élaboré des matières alimentaires. Ainsi, le gros intestin contenant de véritables matières fécales, l'épanchement auquel donne lieu sa blessure est des plus graves; viennent en seconde ligne l'iléon, puis la fin du duodénum, à cause de l'humeur biliaire qu'il renferme. Si l'estomac est ouvert, l'épanchement diffère encore selon l'état de son contenu : c'est du chyme ou bien des aliments non digérés, ou des boissons, des médicaments de différente nature. Ainsi la décoction de quinquina camphrée, telle qu'elle a été retrouvée par M. J. Cloquet dans le péritoine d'un homme mort d'une solution de continuité de l'estomac; cette décoction ne doit pas produire les mêmes effets que de l'eau, du chyme. L'épanchement de matières alimentaires est presque toujours mortel, excepté dans les cas où il est peu abondant ou précédé d'adhérences pouvant le circonscrire, comme on l'observe dans quelques hernies et certaines ulcérations.

En jetant un coup d'œil général sur les effets des épanchements produits par des matières ou humeurs non morbides, on voit qu'ils sont tous extrêmement graves.

L'épanchement sanguin peut être considéré sous deux points de vue: 1° comme hémorrhagie; 2° comme corps étranger. Comme hémorrhagie, il peut constituer un accident mortel; comme corps étranger, c'est le moins irritant de tous les épanchements abdominaux de cette catégorie. De plus, quand c'est du sang artériel qui est répandu, excepté qu'il provienne d'un vaisseau important, il a une tendance à la coagulation et par conséquent à la limitation. La bile et l'urine ont des effets complétement opposés; ce sont deux

Digitized by Google

humeurs (l'urine surtout) qui s'étalent, qui se répandent beaucoup plus facilement que l'épanchement sanguin. Non seulement la bile et l'urine peuvent agir localement; mais, comme je l'ai déjà dit, elles peuvent aussi être résorbées et produire ainsi des effets toxiques; l'urine surtout est dans ce cas. Ainsi, dans la discussion qui commence à Petit le fils et à Garengeot sur la partie de l'abdomen occupée par les épanchements, il faut distinguer d'abord l'humeur épanchée. Eh bien, ici il n'y a pas parité entre le sang artériel et l'urine; l'un a une tendance à se limiter quand la source est tarie; l'autre, au contraire, se répand extraordinairement.

2° *Épanchements d'humeurs morbides.* Du pus, de la sérosité, de la matière tuberculeuse ramollie peuvent être épanchés dans l'abdomen. Les épanchements de sérosité sont du domaine de la médecine, et la matière tuberculeuse fondue joue le rôle du pus qui, tout formé dans un organe, arrive dans le péritoine en plus ou moins grande quantité. Je ne présenterai donc ici que quelques considérations sur l'épanchement purulent. Le pus qui s'accumule dans le péritoine peut être fourni par cette séreuse elle-même, ou bien il arrive de plus ou moins loin : ainsi, de la poitrine, après avoir traversé le péritoine; du bassin, et il a été formé alors par la prostate, la matrice; enfin le pus est fourni par des organes appartenant à la cavité abdominale proprement dite. Ainsi, le foie, la rate, l'estomac, les intestins, les reins, tous ces organes peuvent être pris d'une inflammation suppurative dont le produit est quelquefois versé dans le sac péritonéal, si, sur le point enflammé, des adhérences préalables n'ont pas réuni les deux surfaces correspondantes de cette séreuse. Bien plus, du pus formé dans l'épaisseur des parois abdominales peut s'épancher de la même manière si la cavité péritonéale n'est pas effacée vis-à-vis le point enflammé par les adhérences protectrices dont je viens de parler. Fab. de Hilden, Lieutaud citent des cas d'abcès pariétaux qui se sont terminés d'une manière aussi malheureuse.

Comme pour la première catégorie, il y a ici une grande différence entre deux épanchements : l'épanchement de sérosité et l'épanchement purulent. On sait combien est inoffensif pour le péritoine la sérosité qui est un produit de l'exhalation de cette séreuse. Il n'en est pas de même du pus ou de la sérosité plus ou moins purulente; il n'en est pas de même non plus de la matière qui est le résultat de la fonte d'une masse tuberculeuse. Ces derniers pro-

Digitized by Google

duits sont très irritants, et donnent lieu à une péritonite aussi prompte que les humeurs non morbides dont l'âcreté est reconnue ainsi que l'urine.

Quand le pus est produit par le péritoine lui-même, l'inflammation de cette séreuse peut être bornée sur ses limites. L'inflammation peut n'être qu'adhésive, ce qui permet l'enkystement du pus, ce qui borne les ravages que cette humeur ne manquerait pas de produire en se répandant sur une large surface. Quand, au contraire, c'est un organe voisin dont l'abcès se vide dans le péritoine, ce pus peut d'abord se répandre sur toute la surface péritonéale, comme l'urine, et donner lieu à des accidents tout aussi promptement mortels.

Théorie des épanchements de l'abdomen. Je trouve qu'on se place à un point de vue trop limité quand on raisonne seulement en présence des épanchements sanguins. Selon moi, on ne peut réellement arriver à une conclusion utile que quand on a passé en revue, comme je viens de le faire, les principaux épanchements.

Petit le fils ne considérait le péritoine sain que comme une cavité possible ; il faisait remarquer que quand un liquide était versé entre les deux feuillets de cette séreuse, ce liquide n'obéissait pas à son propre poids ; car les muscles abdominaux, le diaphragme, la résistance des organes abdominaux, s'appliquaient sur lui, ce qui forçait le liquide à rester sur le point où il était versé, ce qui arrêtait l'épanchement à sa source. Par exemple, le sang ne pouvait se répandre parce qu'il était comprimé de toute part, et parce qu'il devenait lui-même un moyen de compression qui agissait sur l'ouverture du vaisseau, laquelle alors ne pouvait plus donner. Ce qui arrêtait l'hémorrhagie, ce qui favorisait encore cette action hémostatique, c'était la coagulation du sang, résultat elle-même de son arrêt. Des adhérences se produisaient autour de ce foyer sanguin, et alors sa diffusion était encore plus impossible. Les choses se passaient ainsi quand nulle plaie n'existait aux parois abdominales ou quand la plaie était réunie immédiatement. Dans les cas, au contraire, de non-réunion de la plaie, l'humeur était éliminée par cette ouverture anormale, ce qui était une circonstance favorable quand il s'agissait de tout autre épanchement que d'un épanchement sanguin. Pour ce dernier, l'ouverture de l'abdomen pouvait nuire, car l'hémorrhagie avait ainsi un cours, et cette compression mutuelle, dont j'ai

Digitized by Google

parlé tantôt, ne pouvait complétement s'opérer. Cette théorie a un côté vrai, car il est des faits qui lui correspondent. Ainsi, du sang artériel versé dans le péritoine en petite quantité peut très bien être retenu sur le point de son émission, se coaguler, former un foyer limité qui finit par être entouré d'un kyste. Mais du sang en quantité un peu considérable peut trouver une certaine résistance de la part des parois, mais non de la part des viscères qui changent à tout instant de place et qui varient à tout moment, sous le rapport de la résistance; car c'est tantôt un gaz, du liquide, des matières solides qui sont contenus dans le tube digestif. Le liquide pressé sur eux ne trouve donc pas toujours une résistance égale, et pour peu qu'il soit abondant, il coule vers les fosses iliaques, vers les lombes, enfin vers les points les plus déclives. Il y a d'ailleurs une expérience facile à faire sur un individu qui est au début d'une ascite. Selon qu'il sera debout, assis, couché, le liquide changera de niveau, niveau qui pourra très bien être établi par les procédés de percussion que l'on possède de nos jours. D'ailleurs l'anatomie pathologique est là pour confirmer la théorie que je défends ici. Ainsi les autopsies prouvent que c'est dans les fosses iliaques, à l'hypogastre, à la région lombaire qu'on trouve le liquide épanché dans le péritoine. Petit et ses partisans ne manquent pas de répondre que c'est là un effet cadavérique, que les forces vitales une fois absentes, les lois physiques reprenent tout leur empire, et le liquide doit se trouver alors sur les points les plus déclives, qui pourront varier selon la position du cadavre. Mais si, vers les fosses iliaques, vers l'hypogastre, on trouve des traces de l'inflammation allumée par les matières qui, sorties d'un point élevé, sont tombées dans ces régions, la théorie de Petit doit s'avouer battue, et Garengeot triomphe. Or, il existe réellement des faits de cette nature. Après ces faits et ce que je viens de dire de l'ascite commençante, il n'y a plus à discuter. Voyez d'ailleurs l'article *Abdomen*, par Velpeau (*Dictionn. en* 21 *vol.*, nouvelle édition).

Diagnostic. Le diagnostic des épanchements abdominaux est établi par les caractères que j'ai déjà exposés. Quand il y a plaie à l'abdomen, le diagnostic est des plus faciles, car elle donne ordinairement issue à une certaine quantité de la matière qui est en rapport avec le péritoine; quand la plaie n'existe pas, il faut nécessairement avoir recours aux symptômes dits fonctionnels. Ainsi, s'il y a épanchement d'urine, le cathétérisme n'amène qu'une

Digitized by Google

petite quantité de cette humeur qui est sanguinolente; quand c'est le tube digestif, il y a des vomissements, des selles mêlées de sang, et si aucune ouverture existe à l'abdomen, il s'opère très rapidement un épanchement gazeux facile à constater. Quand c'est une humeur morbide épanchée comme du pus, des symptômes inflammatoires ont précédé l'épanchement. Mais comme il s'agit ici d'un diagnostic qui éclaire le praticien au moment de tenter une opération, je dois ajouter aux considérations déjà émises un diagnostic différentiel entre les tumeurs formées par les épanchements et les autres tumeurs qui peuvent être formées par des gaz, par des maladies des organes génitaux internes, par des phlegmons, par des rétentions de matières fécales, des invaginations et des changements de rapport, etc.

Dans les cas de tympanite, en frappant sur les parois abdominales, on produit un son clair, d'autant plus marqué que les parties offrent une tension plus considérable; si, au contraire, un liquide est épanché dans la cavité péritonéale, la percussion donnera un son obscur; la matité sera d'autant plus complète qu'on percutera plus inférieurement, parce que le liquide s'accumule en plus grande abondance dans les points les plus déclives; en percutant de bas en haut on arrive à un point plus ou moins éloigné de l'ombilic où la percussion donne un son clair, ce qui indique le niveau de l'épanchement et la présence en cet endroit des anses intestinales, que le liquide épanché refoule plus ou moins vers la partie supérieure du ventre.

La fluctuation est encore un signe des plus importants pour reconnaître la présence d'un liquide dans la cavité péritonéale. Si l'épanchement est considérable, il suffit d'appliquer une main sur un des flancs du malade et de percuter avec l'autre main sur un point opposé, pour percevoir le phénomène de la fluctuation. Mais ce procédé serait insuffisant dans le cas où le liquide épanché est peu abondant; s'il est enkysté, alors ce n'est plus d'un côté à l'autre du ventre qu'il faut chercher à produire la fluctuation, mais dans un petit espace où la percussion indique que le liquide se trouve accumulé : ainsi on appliquera une des mains au niveau de l'épanchement, tandis qu'avec un ou deux doigts de l'autre main, on percutera à un ou plusieurs pouces de distance, afin d'imprimer à la masse du liquide un ébranlement qui se communique jusqu'à la main qui est restée immobile.

Digitized by Google

Il y a deux hydropisies qu'il peut être important de distinguer entre elles; l'hydropisie enkystée des ovaires sera distinguée de l'ascite : 1° par le commémoratif, qui apprendra que l'intumescence a commencé par un des côtés du ventre; 2° par la matité, qui est plus complète que dans l'ascite; 3° par la position des intestins, qui, au lieu d'être, comme dans l'ascite, au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane, se trouvent refoulés sur les côtés de la tumeur; 4° la forme du ventre, qui est irrégulièrement développé, souvent bosselé; 5° la fluctuation est souvent plus difficilement perçue.

J'ai dit que, dans l'ascite et l'hydropisie enkystée, les intestins étaient refoulés vers la partie supérieure du ventre; cependant il ne faut jamais oublier, quand on pratique la ponction, qu'une anse d'intestin peut avoir contracté des adhérences avec un point quelconque de la paroi abdominale antérieure, ce dont on pourra se convaincre à l'aide de la percussion, qu'on devra pratiquer dans toute l'étendue du ventre, et spécialement dans le lieu où le trois-quarts doit être plongé pour évacuer le liquide.

Les tumeurs formées par l'utérus (grossesse, corps fibreux, hydrométrie, etc.) ne pourront être confondues avec les autres causes qui produisent l'intumescence du ventre, si on pratique le toucher par le rectum et surtout par le vagin, toucher qui fera reconnaître que l'utérus est augmenté de volume, ou qu'il est le point de départ des tumeurs qu'on sent dans l'intérieur du ventre. Enfin, la distension de la vessie par l'urine en a souvent imposé pour une ascite ou pour une grossesse; mais la forme globuleuse de la tumeur, son siége, sa circonscription, les envies d'uriner qu'on provoque en la comprimant feront soupçonner de suite la véritable cause de cette tuméfaction; enfin le cathétérisme, en donnant issue à l'urine, fera disparaître la tumeur.

Les régions iliaques sont fréquemment le siége de tumeurs de nature différente, offrant entre elles plusieurs symptômes communs, et dont il importe beaucoup de connaître les différences autant pour le pronostic que pour le traitement.

Plusieurs tumeurs, qu'on observe dans les fosses iliaques, sont produites par l'augmentation de volume ou le déplacement d'un organe plus ou moins éloigné : c'est ainsi qu'on peut voir la rate et surtout le foie hypertrophiés, former une saillie considérable dans l'une des fosses iliaques; et il existe, dans les annales de la science, plusieurs observations où des tumeurs pareilles furent prises pour

Digitized by Google

des phlegmons. Mais ces erreurs ne peuvent être commises par un chirurgien attentif : en effet, la percussion et surtout la palpation, indépendamment même des troubles fonctionnels, feront connaître la nature de la tumeur et l'organe qui la forme.

On a cité beaucoup d'exemples de reins qui, au lieu d'occuper leur siége ordinaire, se trouvent déplacés et existent dans la fosse iliaque ou sur le rebord du détroit supérieur du bassin. Cette tumeur est indolente; elle est fixe, ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel ; la percussion donne un son mat à son niveau, et on peut à l'aide de ce mode d'exploration la limiter assez exactement pour en déterminer la forme et le volume, circonstance qui permet presque à elle seule de reconnaître la nature de la tumeur. Si un rein ainsi déplacé venait à être frappé de phlegmasie, et si un abcès se formait dans son parenchyme, on pourrait encore le distinguer d'un abcès ordinaire siégeant dans le tissu cellulaire, par la marche de la maladie et le trouble observé du côté de la sécrétion urinaire.

Lorsque l'intestin grêle s'invagine dans le gros intestin, on observe généralement une tumeur dans l'une des fosses iliaques. Cette tumeur, qui est avec tous les symptômes propres à l'étranglement, est solide, allongée, rénitente. En même temps que cette tumeur existe dans la fosse iliaque gauche, la droite présente une dépression notable, à cause du déplacement du cœcum, qui se trouve lui-même dans la partie invaginée.

Enfin, parmi les organes abdominaux qui, en se déplaçant, peuvent former des tumeurs dans la fosse iliaque, je dois mentionner les ovaires, augmentés de volume. La tumeur que ces organes forment est globuleuse, plus ou moins douloureuse et mobile ; cette mobilité est telle, qu'on déplace souvent l'organe avec la plus grande facilité ; enfin, il est possible de lui imprimer des mouvements en agissant sur l'utérus à l'aide du toucher.

A côté de ces tumeurs formées par le déplacement d'organes éloignés, il faut placer celles qui sont formées par des matières stercorales accumulées dans le cœcum ou le colon ascendant, et qu'on a quelquefois confondues avec des phlegmons iliaques ; mais il est facile d'éviter une erreur aussi grossière, si on réfléchit que les tumeurs stercorales sont indolentes ou peu douloureuses à la pression, qu'elles sont inégales à leur surface, qu'elles diminuent ou disparaissent d'un instant à l'autre par la contraction péristaltique

Digitized by Google

des intestins, surtout lorsque celle-ci a été excitée par l'administration d'un purgatif. Enfin, il est possible de déplacer, quelquefois de déprimer ces tumeurs à l'aide de la pression qu'on exerce sur elles.

Les phlegmons des fosses iliaques seront distingués de toutes les autres tumeurs, si on veut relire le dernier article de cette section.

Pronostic. Quant au pronostic, il est presque toujours très grave. En effet, quand un épanchement est traumatique, il est produit par une matière ou une humeur irritante qui donne lieu à la péritonite, une des plus graves inflammations. Si au contraire l'épanchement n'est pas traumatique, il est, dans le plus grand nombre des cas, l'effet d'une lésion viscérale profonde contre laquelle presque tous les moyens thérapeutiques sont impuissants. Il y a cependant des différences pour les divers épanchements, différences que j'ai fait ressortir en examinant les épanchements traumatiques en particulier.

Opérations qui consistent à ouvrir l'abdomen.

Ces opérations ont pour but d'évacuer des liquides, des corps, des matières contenus dans le péritoine ou dans les viscères de l'abdomen, ou bien on se propose de détruire une invagination intestinale. Comme on le pense bien, les premières opérations sont loin d'être aussi graves que les autres; car, dans ces premières, il en est qui, en elles-mêmes, n'ont aucune gravité, tandis que, dans la seconde catégorie, on en trouve qui peuvent être promptement mortelles. Il y a très loin, en effet, de la ponction de l'ascite à une opération qui consiste à ouvrir l'intestin ou l'estomac. Je divise toutes ces opérations en deux importantes catégories : 1° ouvertures en un seul temps; 2° ouvertures en plusieurs temps.

I. OUVERTURES EN UN SEUL TEMPS.

Les ouvertures en un seul temps sont surtout préférées quand on doit évacuer une grande quantité de liquide, quand on veut extraire un corps étranger qui fait saillie ou détruire un volvulus. L'ouverture de l'abdomen se fait par ponction ou par incision. Les règles qui doivent diriger le jeune praticien pour ces espèces de divisions

Digitized by Google

sont exposées, t. I, p. 126 et suivantes. Mais je dois ici décrire spécialement la ponction de l'abdomen.

Ponction directe.—Paracenthèse. En France, on pratique la ponction de l'abdomen sur le milieu d'une ligne qui irait de l'épine iliaque antérieure supérieure gauche à l'ombilic. La grossesse ou une maladie développant la matrice, la présence d'une tumeur, peuvent rendre ce lieu d'élection périlleux ou même impraticable; Scarpa veut alors que l'on fasse la ponction à l'hypochondre gauche, un peu au-dessous de la troisième côte. M. Ollivier préfère l'ombilic; M. Velpeau dit qu'on peut ponctionner dans toute l'étendue du flanc gauche. En général, il faut choisir alors le point où le liquide fait faire le plus de saillie à l'abdomen, et là où la fluctuation est le plus sensible. Dans les cas obscurs, il convient de percer les parois abdominales avec un bistouri, en allant lentement et couche par couche, de la peau au péritoine. Les Anglais, dans le plus grand nombre des cas, pratiquent la ponction sur la ligne médiane.

A. *Procédé ordinaire*. Le malade, couché sur le dos, a le côté gauche rapproché autant que possible du bord du lit; on passe une serviette sous les lombes; un aide, placé à droite du malade, comprime modérément, avec les mains largement ouvertes, les parois du ventre. L'opérateur est à gauche, il reconnaît le lieu d'élection, et y plonge le trocart par un coup sec et rapide. Il a marqué du doigt

Fig. 84.

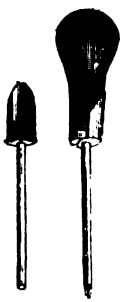


Fig. 85.

index, sur la canule, le point où la pénétration doit s'arrêter. La fig. 84 représente les deux pièces du trocart, la tige à côté de la canule; la fig. 85 représente la position du trocart. Quand la perforation est opérée avec deux doigts de la main gauche, le chirurgien saisit et maintient en place la canule et retire la tige avec

Digitized by Google

la main droite; le liquide est reçu dans un vase tenu par un second aide. Pendant l'écoulement du liquide, le premier aide continue la pression sur le ventre, et le chirurgien, dirigeant la canule, lui fait suivre le retrait des parois abdominales. Si un flocon albumineux ou l'épiploon venait à interrompre le jet du liquide, un stylet introduit dans la canule écarterait ces obstacles. La quantité convenable de liquide une fois sortie, la canule est extraite, sans lui imprimer aucun mouvement de rotation; en même temps les doigts indicateur et médius de la main gauche retiennent la peau qui pourrait suivre l'instrument. L'application d'un morceau de diachylon suffit pour tout pansement; il convient d'appliquer une serviette ou un bandage de corps assez serré, pour remplacer, autant que possible, la pression exercée auparavant sur les viscères de l'abdomen par le liquide et par les mains de l'aide. On peut ainsi prévenir des syncopes dues à la soustraction brusque d'une pression qui agit depuis longtemps. L'hémorrhagie, rare à la vérité, pourrait être arrêtée par la présence de la canule dans la plaie, canule qu'on peut remplacer par un fragment de bougie, de gomme élastique ou de cire. On a aussi proposé de comprendre tout le trajet du trocart dans un large pli des parties molles, afin de comprimer et de froisser un peu avec le pouce et l'indicateur, jusqu'à la cessation de l'hémorrhagie.

B. *Procédé de M. Fleury.* On a une sonde de gomme élastique dont les diamètres peuvent lui permettre de passer facilement dans la canule du trocart; on a soin d'enlever le goulot de cire rouge qui entoure le pavillon. La ponction faite, comme je l'ai dit, et la tige du trocart enlevée, on introduit cette sonde par la canule, jusque dans l'abdomen, et à une profondeur convenable; la canule du trocart est elle-même retirée, et le liquide s'échappe par la sonde.

Voici les avantages de ce procédé : la sonde étant flexible suit le retrait des parois abdominales, sans qu'on soit obligé de la maintenir; elle peut être plongée dans les points de l'abdomen où séjourne le liquide; elle est moins exposée à être bouchée par des flocons albumineux, car elle a deux orifices; elle dirige mieux le liquide vers le vase destiné à le recevoir. Le plus grand avantage de cette sonde, c'est de pouvoir rester en place pendant plusieurs heures, sans qu'on s'occupe de l'écoulement du liquide, lequel, abandonné à lui-même, se fait graduellement : alors les parois abdominales se rétractent à mesure sans le secours de la main d'un aide

Digitized by Google

Quand l'épanchement est très considérable, surtout chez les vieillards, on ne devra pas vider complétement et tout d'un coup la cavité abdominale ; il vaut mieux y revenir à plusieurs reprises, ce qui s'exécute mieux par le procédé de M. Fleury; on laissera en place la sonde fermée seulement avec un bouchon.

Mais la ponction ne fait qu'évacuer le liquide, et il est rare qu'il ne se reproduise pas : c'est donc là une cure palliative et non une cure radicale que l'on tente. On a donc conseillé, pour la cure radicale, des injections avec le vin, les eaux de Bristol, l'eau de goudron, la vapeur de vin, le gaz oxide d'azote, l'iode. M. Belmas a même proposé de faire ici une application du sac de baudruche qu'il a imaginé pour la cure radicale des hernies, à condition pourtant de la retirer quand l'irritation serait suffisante Je connais quelques observations de cure radicale de l'ascite par les injections, mais elles ne sont pas assez nombreuses pour m'autoriser à conseiller un pareil moyen. Pour être complétement efficace, le modificateur, introduit dans le péritoine, devrait agir sur toute son étendue pour produire partout des adhérences, ou pour le modifier de manière à empêcher toute nouvelle sécrétion. Or, un modificateur direct agissant sur une si large surface doit, dans le plus grand nombre des cas, donner lieu à des accidents mortels. D'ailleurs il est rare que l'ascite ne soit pas le symptôme d'une lésion profonde d'un viscère important : or, que pourraient de pareils moyens contre de pareilles lésions?

On peut pratiquer la ponction directe avec le bistouri. On trouvera les règles précises de ce procédé pag. 435 du tom. I.

Ponction indirecte-sous-cutanée. Les règles de cette ponction sont encore exposées dans le tom. II, pag. 130 et suivantes.

Le chirurgien fait avec les deux mains un pli à la peau ; il remet à un aide l'extrémité du pli qu'il tenait de la main droite, laquelle saisit une lancette qui divise la peau en piquant la base du pli. Dès que la peau est divisée, on retire la lancette, qui est immédiatement remplacée par un trocart courbe dirigé contre les couches profondes des parois abdominales, et on le fait pénétrer dans la cavité, ce qui est annoncé par un léger bruit et un défaut subit de résistance. Le pli de la peau est lâché, et on retire le dard en laissant la canule. Quand le liquide est évacué, on retire peu à peu la canule, en comprimant derrière elle avec le doigt le trajet oblique qu'elle laisse; après avoir exprimé le sang de la plaie, on la réunit immédiatement avec du diachylon.

Digitized by Google

Cette ponction indirecte pourrait être faite d'un seul coup avec un trocart courbe et plat qui traverserait en même temps un côté du pli de la peau et les couches plus profondes des parois abdominales. D'ailleurs ce procédé n'a aucun avantage sur la ponction directe.

Incisions. Les incisions en un seul temps sont pratiquées pour l'extraction des corps étrangers ou l'évacuation d'abcès dont le diagnostic est certain.

A. *Gastrotomie.* On a surtout conseillé la gastrotomie quand des corps étrangers, descendus dans l'estomac, ne peuvent franchir le pylore et les intestins, et donnent lieu à des accidents graves. C'est là encore une opération des plus dangereuses et qui est peu connue dans ses résultats. Je ne crois pas qu'on soit autorisé à la tenter si aucune saillie extérieure n'indique l'existence et le siége du corps étranger. Quand on voit les bateleurs s'enfoncer jusque dans l'estomac des instruments droits, d'un très gros calibre, on est étonné que les chirurgiens n'aient pas cherché à se servir de pinces, d'instruments lithotriteurs, pour extraire par la bouche les corps étrangers de l'estomac.

Si la présence du corps étranger est accusée par une saillie, si déjà il a donné lieu à un abcès, c'est sur cette tumeur, sur la saillie qu'on incisera; car il est très probable qu'il y aura des adhérences déjà formées. Quand aucune tumeur ne peut guider le chirurgien, il fait sur la ligne blanche, dans la région épigastrique, une incision longitudinale de 3 pouces environ (9 centim.); arrivé au péritoine, il le divise avec précaution. L'arc transverse du colon se présente quelquefois; on le repousse doucement en bas et on découvre la face antérieure de l'estomac. On ouvre cet organe avec les mêmes précautions que le péritoine; on évite avec soin de prolonger l'incision jusqu'à la grande ou la petite courbure, où se trouvent les artères coronaires stomachiques; la suture de l'estomac se fait en suivant les procédés indiqués quand il a été question des plaies du tube digestif. En faisant avaler au malade une certaine quantité de liquide, on développerait l'estomac, qui se présenterait plus facilement à la plaie extérieure; mais peut-être aussi s'exposerait-on plus facilement à des épanchements dans le péritoine.

B. *Entérotomie.* Comme les corps étrangers de l'estomac, si ceux des intestins donnent lieu à un abcès faisant saillie à l'extérieur, l'ouverture en est facile; on doit la pratiquer. Mais s'il n'y a nulle part de saillie, et que cependant des accidents graves menacent la

Digitized by Google

vie du malade, faut-il pratiquer une opération, ouvrir le ventre là où existe une douleur? On a fait la même question pour le volvulus, pour l'étranglement interne sans hernie, occasionné par quelques brides péritonéales, ou de toute autre manière. Avant toute entreprise de ce genre, il faudrait pouvoir établir un diagnostic certain: or, on peut s'en laisser imposer par des accidents dus à une péritonite, et se tromper sur le siége précis du corps étranger, du volvulus, de l'étranglement : ainsi ce serait presque toujours un peu au hasard qu'on ouvrirait le ventre pour y fouiller et découvrir le mal. Une pareille conduite ne peut être donnée pour modèle, et les faits heureux qu'on cite ne sont pas en assez grand nombre pour faire loi. Si cependant on se croyait autorisé à pratiquer une pareille opération, on coucherait le malade, les membres inférieurs fléchis; on ferait sur le lieu douloureux une incision de 3 à 4 pouces, droite ou en demi-lune, longitudinale ou transversale, en évitant surtout l'artère épigastrique; le péritoine ouvert, les doigts chercheraient la partie malade; si c'est un corps étranger, après avoir fait sortir l'intestin, on le diviserait en long sur sa convexité. Après l'extraction du corps étranger, la plaie intestinale serait réunie comme je l'ai déjà indiqué. Si c'était une invagination, on n'aurait qu'à tirer en sens opposé les deux bouts de l'intestin pour la détruire; on réduirait aussitôt le tout dans la cavité abdominale. S'il y avait étranglement, on chercherait à isoler la bride de manière qu'un bistouri étroit, garni d'une bandelette de linge jusqu'à quelques lignes de sa pointe, pût diviser sans danger la membrane qui étreint l'intestin.

II. OUVERTURES EN PLUSIEURS TEMPS.

En général, ces divisions sont employées contre les abcès du foie, les tumeurs de la vésicule biliaire, les kystes hydatiques. Quand les abcès du foie sont assez avancés pour faire saillie extérieurement, déjà le péritoine du parenchyme adhère assez avec le péritoine pariétal; il existe une continuité entre ces deux parties, il n'y a pas à craindre de pénétrer dans la cavité abdominale. L'incision de ces abcès pourrait donc être pratiquée comme si on n'agissait pas sur une cavité splanchnique; on prendrait soin seulement de ne pas étendre trop loin l'incision pour ne pas dépasser ces adhérences. Mais ces adhérences sont-elles constantes? Peut-on toujours savoir quand elles existent? Ces difficultés du diagnostic ont porté des praticiens

Digitized by Google

à proposer des modifications importantes : M. Récamier a conseillé une ponction explorative avec un trocart très fin ou une aiguille à cataracte, qu'on plonge brusquement, qu'on retire subitement, pour ne pas permettre au liquide de s'épancher, à la suite de l'instrument, dans les tissus ambiants. On ne craint pas cet accident, si le liquide n'est pas irritant comme celui des kystes séreux ou hydatiques. Mais si on ouvrait la vésicule biliaire, il y aurait réellement danger, et ce moyen devrait être employé avec la plus grande réserve et les plus grandes précautions.

Non seulement on peut ignorer l'existence des adhérences, mais leur étendue. C'est alors que les procédés suivants trouvent leur application : on remarquera que tous sont la conséquence du principe qui régit les *opérations en deux temps* que je préconise, et dont j'ai fait une application particulière à la taille sus-pubienne.

A. *Procédé de Graves.* Tous les tissus, jusqu'à une ou deux lignes de la collection, sont d'abord incisés, puis on remplit la plaie de charpie. Il survient une inflammation qui a le double effet d'établir des adhérences, s'il n'en existait pas encore, et de déterminer l'ouverture de l'abcès en ce point.

B. *Procédé de M. Bégin.* La première incision va jusqu'au péritoine; on panse la plaie à plat, comme dans le procédé précédent. Le troisième jour, les adhérences devant être établies, le foyer est ouvert avec le bistouri.

C. *Procédé de M. Récamier.* Une couche de potasse caustique est appliquée sur la peau; le caustique doit produire une première escarre assez étendue, laquelle est fendue au bout de quelques jours : au fond de l'incision, on applique une nouvelle dose de caustique qu'on répète jusqu'à ce que les cautérisations successives aient étendu leur action jusque sur le péritoine, et donnent lieu à des adhérences. On ouvre alors la tumeur avec le bistouri ou le trocart; mais après l'évacuation du foyer, les parois ne se rapprochent pas et laissent un libre accès à l'air. Il faut donc substituer au pus une injection d'eau pure ou chargée de principes médicamenteux.

Ces trois procédés peuvent être indifféremment adoptés. Celui de M. Bégin est le plus expéditif. On pourrait faire d'abord une incision au lieu de la première cautérisation, et, au fond de cette incision, placer, quelques jours après, le caustique, ce qui donnerait les mêmes résultats et rendrait l'opération moins lente.

Les tumeurs de la vésicule biliaire exigeraient, pour être ouvertes,

Digitized by Google

les mêmes précautions ; mais en s'y conformant, on voit que la cystotomie biliaire proposée par J.-L. Petit reviendrait très applicable ici, si les signes des calculs biliaires étaient plus certains.

Les mêmes opérations sont applicables aux kystes hydatiques du bas-ventre. On peut plus hardiment pratiquer pour eux la ponction avec le trocart, car le liquide qu'ils contiennent n'est pas très irritant pour le péritoine ; mais cette opération purement palliative et celles qui sont curatives sont très dangereuses. Rien de plus grave, en effet, que les accidents qui suivent l'inflammation des poches hydatiques.

SECTION VINGT-SEPTIÈME.

MALADIES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

Comme le titre l'indique, j'étudierai dans la même section les maladies de l'anus et du rectum. L'anus d'ailleurs n'étant que la fin du rectum, son méat, il est indispensable d'étudier les maladies qui lui appartiennent avec les lésions du dernier intestin.

Anomalies et difformités de l'anus et du rectum.

Le canal intestinal, au lieu de s ouvrir dans un point de la région périnéale, peut s'ouvrir sur un autre point de la surface tégumentaire. C'est la peau ou une muqueuse qui est alors percée. Dans le premier cas l'anus est externe ; dans le second il est interne ; dans les deux cas il est anormal. L'anus anormal qui s'ouvre sur la peau est moins grave. Dans cette catégorie, l'anus le moins déplacé et le moins incommode est celui qui s'ouvre dans la région sacrée ; on l'a vu à l'hypogastre (Littre), à l'ombilic (Méry), à la vulve. Dans les *Archives de médecine*, tom. VII, pag. 424, et *Bibliothèque* de Fabre, on trouve un cas très remarquable d'absence des reins chez une femme qui avait l'ombilic à la place du mont de Vénus et l'anus à celle de la vulve; il était assez large pour permettre l'introduction de la main ; il n'y avait aucune communication entre le rectum et les organes de la génération.

Les anus anormaux internes qui percent les muqueuses s'ouvrent dans la vessie, dans l'urètre, dans le vagin. Ceux-là sont plus graves que les externes, surtout ceux qui s'ouvrent dans la vessie.

Digitized by Google

Dans la première période de la vie, quand les matières fécales sont liquides, elles sont plus ou moins facilement évacuées, après avoir traversé les organes où elles ont d'abord été déposées; mais vient un âge où ces matières prennent une consistance, des qualités, qui rendent fort graves les anus ouverts sur les muqueuses. Cependant il y a encore plus de chances de vie que quand l'anus ne s'ouvre nulle part et qu'une partie du rectum manque.

En effet, le rectum peut manquer, en partie ou en totalité. Quand il manque complétement, on ne trouve, à sa place, qu'un tissu cellulaire un peu plus condensé que celui du bassin, ou bien un cordon plein, plus ou moins ondulé, représentant l'organe qui manque. Le colon est alors oblitéré à son extremité inférieure comme une artère qui a été liée. Ruysch, Binninger, rapportent des observations qui confirment ce que j'avance (1). On trouve dans les *Essais et Observations de médecine de la Société d'Édimbourg*, tom. IV, l'observation d'un enfant qui vint au monde sans aucune trace d'anus. Jameson opéra cet enfant; il pratiqua à la partie postérieure de la région périnéale une incision assez profonde et dans laquelle il introduisit le petit doigt pour chercher l'intestin; il ne le trouva pas. Il enfonça fort avant un trois-quarts qui ne donna issue qu'à un peu de sang, et l'enfant mourut le lendemain. L'autopsie prouva l'absence complète du rectum; le colon oblitéré, rempli de méconium, flottait dans la cavité abdominale. C'est là certainement le vice de conformation le plus grave, car il y a impossibilité de créer un rectum. Il faut alors pratiquer un anus artificiel, ce qui est presque toujours mortel.

Quand le rectum ne manque qu'en partie, la gravité est en raison directe de l'étendue du rectum qui manque et de la portion absente. Ainsi, si ce n'est qu'une petite partie de l'extrémité inférieure, celle qui avoisine l'anus, on conçoit qu'une opération bien faite pourra avoir un plein succès. Mais si la portion supérieure seule du rectum existe, et surtout une portion peu étendue, l'opération deviendra et plus difficile et plus grave : plus difficile, car à cette hauteur l'intestin n'est pas facile à trouver; plus grave, car les instruments auront à parcourir un plus grand espace pour aller jus-

(1) *Advers. anat. decad.* 2, p. 43. — *Obs. méd. cent.* 2, Obs. 8. — Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, *Histoire des anomalies de l'organisation*, Paris, 1832, t. I, p. 521.

Digitized by Google

qu'à l'intestin : alors les matières fécales, en sortant, se mettront en contact avec une plus grande quantité de tissu cellulaire, ce qui offre plus de chances à l'infiltration et à l'inflammation.

Quelquefois la partie inférieure du rectum existe, l'anus aussi, mais la partie supérieure de l'intestin manque ou est oblitérée. Trioen (1) cite l'observation d'une petite fille dont l'anus avait une conformation régulière ; mais un stylet, introduit dans le rectum, y trouvait une grande résistance : l'enfant ne vécut que trois jours. L'autopsie montra, à un doigt au-dessus de l'anus, le rectum remplacé par une substance de l'épaisseur de dix lignes, et qui avait la consistance de la corne. On comprend qu'ici la nature de la substance qui remplaçait la partie absente du rectum aurait rendu difficile et peu fructueuse l'opération; car il eût fallu violenter les parties, et l'ouverture nouvellement créée aurait été difficilement dilatée; sa tendance eût été de revenir sur elle-même.

Quelquefois l'oblitération du rectum n'est due qu'à une membrane peu épaisse dont la division est facile et, le plus souvent, suivie du rétablissement des fonctions; cette opération rend l'enfant viable, quand elle est pratiquée de bonne heure. Cette membrane peut être à différentes hauteurs de l'intestin : plus elle est déclive, plus le succès est assuré. Rien n'est moins grave que l'existence de cette membrane sur l'anus même et retenant à peine les matières fécales qui font tumeur extérieurement. Un simple coup de lancette forme l'anus, les matières sont évacuées et tout rentre dans l'ordre.

Après les opérations pratiquées pour ces espèces de vices de conformation, il y a nécessité d'entretenir la liberté des ouvertures qu'on vient de pratiquer, car là existe un rétrécissement ou une tendance au rétrécissement. Quelquefois même, au lieu d'une oblitération de l'anus ou du rectum, il n'y a qu'un développement incomplet de ces parties; elles n'ont pas des diamètres suffisants; elles sont rétrécies. Le rétrécissement existe à différents degrés; ainsi Scultet a vu un enfant dont l'anus était si étroit qu'on pouvait à peine y introduire la pointe d'une épingle. Roonhuisen rapporte l'observation d'une petite fille, âgée de quatre mois, dont l'anus était aussi très étroit, mais moins que celui que je viens de citer. Voilà deux degrés différents. Plus le rétrécissement est prononcé,

(1) *Observ. med.-chir.*, p. 60.

Digitized by Google

plus il est prochainement dangereux. Ainsi il peut empêcher le méconium d'être évacué, en partie ou en totalité, quand il est porté très loin; s'il l'est moins, ce n'est que quand les matières fécales prennent de la consistance que le danger se prononce. L'âge amène donc l'aggravation des accidents. A douze ou quinze ans, les sujets ne vont à la garde-robe que par le secours de plusieurs lavements, et chaque évacuation est suivie de douleurs d'autant plus vives que les matières ont plus de consistance. On facilite leur sortie et on fait cesser les douleurs en débridant l'anus. C'est ici que le *débridement multiple* trouve une de ses plus heureuses applications. On doit entretenir avec des mèches la dilatation produite par le bistouri. On trouvera dans Boyer une belle observation détaillée d'un rétrécissement congénial guéri par le débridement (tom. II).

CHAPITRE PREMIER.

LÉSIONS PHYSIQUES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

ARTICLE Ier.

Plaies de l'anus et du rectum.

Ce qu'il y a de plus important à connaître sur les plaies de l'anus et du rectum sera surtout exposé en parlant des phénomènes, des accidents et du traitement des opérations pratiquées sur ces organes. Ainsi l'infiltration des matières fécales dans le tissu cellulaire du petit bassin, dans les cas d'opérations qui ont pour but de rétablir l'anus normal; les plaies du rectum qui vont jusqu'au tissu cellulaire du bassin peuvent être compliquées de cet accident. Quand elles sont assez élevées pour ouvrir le péritoine, on a à redouter l'inflammation de cette membrane. « Je me suis demandé, dit M. Bégin, si, lorsque le rectum est traversé par une balle, il ne serait pas utile d'inciser le sphincter de l'anus. Cette opération, dans tous les cas légère et sans danger, n'aurait-elle pas l'avantage de prévenir l'accumulation des matières fécales dans l'intestin, de rendre les infiltrations moins faciles, et de favoriser par conséquent la cicatrisation du double trajet de la plaie? Ce serait une sorte d'opération de fistule anticipée. »

L'empalement produit des plaies contuses avec déchirures; et M. Cruveilhier, consulté pour une maladie de l'anus, trouva en

Digitized by Google

arrière et à droite une déchirure considérable, dont il devina la cause honteuse (1). On voit donc que l'anus, quoique très dilatable, peut encore être déchiré, surtout si l'introduction des corps étrangers a lieu brusquement et si ces corps sont très volumineux.

ARTICLE II.

Chute du rectum et invagination dans cet intestin.

On a longtemps confondu la chute du rectum, qui n'est qu'un relâchement de sa membrane muqueuse, avec une invagination. L'anus, en effet, peut laisser sortir : 1° une partie de la membrane du rectum; 2° ou bien la partie supérieure du rectum, et le reste du gros intestin. Dans le premier cas, il y a procidence simple d'une membrane; dans le second, il y a procidence de toutes les membranes de l'intestin; il y a invagination. Dans le premier cas, c'est un anneau, le sphincter seul qui doit être traversé par la partie qui tombe; dans le second cas, c'est un canal, c'est une partie plus ou moins étendue du rectum parcourue d'abord par l'intestin qui doit tomber.

I. CHUTE DU RECTUM.

Causes et mécanisme. Si on veut avoir une idée de cette maladie, on n'a qu'à observer ce qui se passe pendant la défécation chez certains individus faibles, lymphatiques : la muqueuse rectale sort dans l'étendue de quelques lignes et rentre ensuite spontanément. Il est des animaux, les chevaux, par exemple, qui présentent ce phénomène d'une manière très marquée. Cette membrane étant par ses fonctions destinée à des mouvements fréquents, les liens qui l'unissent aux autres portions du rectum se relâchent; elle-même perd son ressort, elle tombe et déborde l'anus, comme une doublure d'habit déborde la manche quand elle vieillit et que les fils qui la tenaient au drap ont été relâchés ou usés.

Ainsi tout ce qui contribuera à l'atonie de l'appareil défécateur pourra être considéré comme cause prédisposante du prolapsus en question. Telles sont la paralysie des sphincters, du releveur de l'anus, une diarrhée chronique, surtout chez les lymphatiques,

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. ANUS.

Digitized by Google

l'enfance, la vieillesse. Tous les efforts, ceux de défécation et autres, doivent être considérés comme cause déterminante. Ainsi les maladies qui rendent la défécation fréquente, comme la dysenterie, celles qui la rendent difficile, comme les hémorrhoïdes, les maladies des voies urinaires, telles que rétrécissements de l'urètre, gonflements de la prostate, etc., ces maladies obligent à des efforts énergiques, qui portent sur le rectum presque autant que sur la vessie. En effet, l'exonération et la miction s'exécutent presque en même temps, quand une de ces deux fonctions est fort gênée.

Des tumeurs développées dans le rectum, comme les hémorrhoïdes, les polypes, agissent de deux manières pour produire le prolapsus anal : 1° en donnant lieu à des efforts de défécation ; 2° en attirant au dehors la membrane muqueuse qui les recouvre à mesure qu'elles marchent elles-mêmes vers l'extérieur en se développant. Un polype peut ainsi être cause prédisposante et cause déterminante du prolapsus anal.

De ce prolapsus normal dont j'ai déjà parlé et que j'ai comparé à l'aspect qu'offre l'anus des chevaux pendant la défécation, de cet état au vrai prolapsus il n'y a qu'un pas. Quand l'affection est tout-à-fait simple, c'est-à-dire quand il n'y a pas d'hémorrhoïdes ou autres tumeurs du rectum, le prolapsus augmente progressivement: à mesure que la défécation se répète, la procidence de la muqueuse est plus considérable; elle se réduit toujours plus lentement et se reproduit avec plus de facilité. La marche, quelquefois même la position verticale seule fait apparaître la tumeur.

Symptômes et diagnostic. Cette tumeur présente une ouverture centrale: c'est un bourrelet rouge, qui est ordinairement mou, peu douloureux au toucher. Le doigt pourrait à la rigueur pénétrer dans l'ouverture centrale. En contournant le bourrelet, on trouve une simple rainure, et on est arrêté par le sphincter, dont la muqueuse *est continue et non contiguë avec celle de la tumeur. La tumeur ne se produit pas tout d'un coup, elle ne s'étend pas en longueur, elle se développe plutôt dans sa circonférence.* Ces caractères sont les principaux éléments du diagnostic différentiel à établir entre le prolapsus simple, dont il est question ici, et le prolapsus avec invagination, dont il sera parlé tout-à-l'heure.

Pronostic. En général, le prolapsus anal n'est pas grave, surtout quand il est simple ; mais il n'est réellement et complétement simple que chez les enfants. Aussi, dans le plus grand nombre des cas

Digitized by Google

à cet âge, il ne cause point d'accidents, et sa cure radicale peut être obtenue sans opération. Mais chez les vieillards, chez les sujets fort débilités, ou quand le prolapsus se complique d'hémorrhoïdes, de polypes, d'une ou de plusieurs maladies des voies urinaires, alors le pronostic change. La cure radicale par les efforts de la nature ne peut ici être espérée; on sera donc réservé dans les promesses qui pourraient être faites au malade qu'on traite soit par les moyens médicaux, soit par les topiques, et même par l'opération.

Traitement. Les moyens médicaux sont un bon régime, des amers, des ferrugineux. Parmi les topiques, on comprend les lotions astringentes avec l'eau de chaux, la décoction de quinquina, d'écorce de chêne; les solutions d'alun, de sulfate de fer; les demi-lavements froids, les bains de siége de même nature, l'application de la glace, etc. Ces moyens sont souvent suffisants chez les enfants, dont les ressorts de l'organisme vont en se fortifiant, au lieu de fléchir, comme chez les vieillards.

Les moyens chirurgicaux sont palliatifs ou curatifs. La réduction, la contention, sont des moyens palliatifs qui peuvent être curatifs chez les enfants. La réduction n'est autre chose qu'un *taxis* dont la manœuvre est soumise aux règles que j'ai tracées quand il a été question de la réduction des hernies en général. Les femmes du peuple qui veulent *faire rentrer le boyau* à leurs enfants les placent entre leurs jambes, la tête basse, les fesses relevées, et elles malaxent la tumeur, qu'elles finissent par faire rentrer. Cette position est très favorable; on peut aussi placer le malade comme s'il allait être opéré de la fistule à l'anus. En commençant par agir sur les dernières parties sorties, en se faisant aider par les doigts des assistants, en agissant *lentement*, *doucement*, *longtemps*, on finit presque toujours par opérer cette réduction, et on évite d'en venir au débridement du sphincter, qu'on ferait bien de faire multiple. On agirait ici sur la circonférence de la tumeur. De la main gauche, on écarterait totalement la tumeur, pendant que de la main droite, armée d'un bistouri droit, on inciserait, en allant des fibres superficielles du sphincter aux fibres profondes. On trouve dans le *Mémorial des hôpitaux du Midi*, 1830, un cas de succès obtenu par Delpech.

La réduction, comme je l'ai dit, n'est qu'un moyen palliatif; le prolapsus se reproduit tôt ou tard. On a donc cherché les moyens qui pourraient éviter les récidives. On a cru réussir : 1° en enlevant, en partie ou en totalité, la tumeur : *excision de la tumeur;* 2° en

Digitized by Google

déterminant par la *cautérisation* une inflammation qui aurait pour résultat la formation d'un tissu inodulaire; 3° enfin on a songé à rétrécir l'anus, pour qu'il empêchât la sortie de la muqueuse du rectum : *excision* des plis de l'anus, ablation d'une partie du sphincter; *excision de la tumeur*. Je décrirai à la fin de cette section les procédés correspondants à ces indications.

II. CHUTE DU RECTUM AVEC INVAGINATION.

On sait qu'une portion d'intestin peut être renversée et introduite dans une autre portion du cylindre intestinal qui lui fait suite : c'est l'invagination intestinale. Quand c'est le jéjunum, l'iléon, qui sont le siége de l'invagination, rien de physique n'apparaît à l'extérieur, et généralement les médecins étudient cette maladie sous les noms d'iléus, de volvulus, de passion iliaque, etc. Mais quand c'est le gros intestin qui se renverse, la portion renversée peut, après avoir parcouru le rectum, sortir par l'anus et faire une saillie qui affecte la forme cylindrique : alors c'est une maladie chirurgicale.

Causes et mécanisme. Le rectum étant fixe et au-dessous des autres intestins, représente une espèce d'infundibulum déclive dans lequel sont reçues les autres parties du gros intestin qui sont mobiles, et qui entraînent quelquefois dans leur chute la partie supérieure du rectum lui-même.

Il est des causes de la chute du rectum qui se rapprochent de celles de l'invagination intestinale en général. On sait que Peyer a vu qu'en irritant les intestins des grenouilles, on y produisait presque à volonté des intus-susceptions. L'irritation inflammatoire, en déterminant des mouvements antipéristaltiques dans la membrane musculeuse, peut donc être considérée comme cause de ces invaginations. L'intus-susception chronique pourrait être due à un rétrécissement d'un point du canal digestif; le point rétréci est insensiblement poussé dans la portion de l'intestin qui lui fait suite et qui se dilate par degrés pour favoriser son admission. D'un autre côté de l'intestin, la situation, les dispositions du gros intestin font naître des influences plus spéciales au renversement de cette partie du tube alimentaire, au nombre desquelles il faut surtout noter les grands efforts de défécation, l'accouchement, l'émission des urines, comme on le voit surtout chez les calculeux, etc. Souvent l'invagination par atonie se fait peu à peu; comme la hernie, elle

Digitized by Google

se prépare de longue main. Mais plus souvent la tumeur extérieure se manifeste subitement pendant l'action d'une des causes principales que je viens de signaler, c'est-à-dire après un effort, une violence. Or, j'ai dit que le prolapsus dont il a été question dans le précédent paragraphe se montrait peu à peu, sans violence et sans précipitation. Si on suit la marche des accidents, on voit que, dans la plupart des cas, il y a des phénomènes locaux et généraux de l'étranglement intestinal, notamment des coliques, des nausées, des vomissements, l'interruption du cours des matières fécales, etc. Au contraire, le prolapsus de la membrane muqueuse, dans la majorité des cas, n'offre point ces caractères, ou, si quelquefois on les observe, ce n'est qu'à titre de complication et non comme symptômes essentiels.

Symptômes. L'invagination peut former à l'extérieur une tumeur de 330 à 435 millimètres de longueur, cylindrique, molle, rouge, offrant à sa surface une sécrétion séreuse, muqueuse, ou même un suintement sanguin. On observe à son extrémité inférieure une ouverture froncée dans laquelle on peut introduire une sonde assez volumineuse ; son extrémité supérieure est plus ou moins resserrée dans l'ouverture anale; *il n'y a qu'une simple contiguïté avec les parois de cet orifice*, de telle sorte qu'on peut circonscrire la tumeur avec le doigt indicateur jusqu'à plusieurs pouces d'élévation dans le rectum, circonstance qui ne se rencontre point dans le prolapsus, comme je l'ai déjà établi, ce qui ne permet pas à l'observateur attentif de confondre ces deux altérations.

La saillie se forme ordinairement en cylindre assez droit chez l'homme, où les adhérences du rectum sont à peu près égales en avant et en arrière. On dit que chez la femme la partie postérieure se déplace plus que l'antérieure, à cause de l'adhérence plus intime du rectum à la cloison vaginale; dans ce dernier sens, le cylindre ou le cône formé par la tumeur est alors plus ou moins incurvé, de manière à présenter une convexité postérieure avec renvoi de son orifice inférieur en avant.

La tumeur peut quelquefois être réduite avec facilité, mais cette réduction ne fait pas toujours cesser les accidents. Assez souvent il y a irréductibilité avec des accidents d'étranglement, lesquels marchent alors avec rapidité; on voit dans ce cas tous les phénomènes de la mortification se manifester à l'extérieur. Dans l'hypothèse d'une réduction ou d'une invagination avec étrangle-

Digitized by Google

tenait en outre la fin de l'iléon, le cœcum, le colon ascendant et le transverse. Cette colonne ouverte, on y trouva les intestins indiqués et retournés de manière à correspondre par leur surface muqueuse à ceux qui formaient la gaîne de l'invagination; à l'extrémité inférieure, le rétrécissement anal à travers lequel passait le cœcum retourné (Lepelletier, thèse citée).

Pronostic. Je l'ai déjà dit, et tout l'a prouvé, le pronostic de cette lésion physique de l'intestin est grave.

Traitement. Le traitement de ce prolapsus doit nécessairement être incomplet, car les principales indications ne peuvent guère être remplies. Ainsi on peut bien, dans le plus grand nombre des cas, réduire la tumeur, c'est-à-dire la faire rentrer dans le rectum; mais on n'a pas toujours la certitude d'enlever l'invagination, et encore moins peut-on se promettre d'empêcher sa reproduction.

Le procédé de réduction est une espèce de taxis. On se rappellera, en la pratiquant, qu'il y a intus-susception jusqu'à l'extrémité de la tumeur. Il faut donc agir avec les doigts sur l'orifice inférieur que présente cette tumeur, et chercher à faire remonter l'intestin dans sa propre cavité, pour le repousser ensuite au-dessus de l'anneau formé par l'anus. M. Lepelletier dit qu'il serait bon, pour s'assurer d'une réduction plus complète, d'introduire dans l'orifice intestinal une très longue canule en gomme élastique portant un renflement bulbeux assez considérable pour chasser au-dessus d'elle la portion d'intestin invaginée, et la soutenir ainsi pendant quelque temps. Ce moyen, que je sache, n'a pas encore été tenté. Pour que la réduction s'effectue à des hauteurs plus considérables, on a aussi conseillé des lavements, des douches ascendantes. Hunter veut qu'on administre des vomitifs pour l'invagination dont il s'agit, et des purgatifs pour les intus-susceptions qu'il appelle rétrogrades. Il y a là une distinction fort difficile à établir pour arriver à l'emploi des moyens fort incertains dans leur action, et qui peuvent devenir très dangereux. Les balles de plomb, le mercure coulant, peuvent avoir plusieurs dangers, entre autres celui de rompre les adhérences qu'une nature prévoyante peut établir entre les deux parties d'intestins dont les séreuses ont été mises en contact par l'invagination. Pour éviter les récidives, le repos, la position horizontale longtemps continués, sont les seuls moyens à employer. Toute opération qui tendrait à imiter la nature, qui fait des ablations considérables de l'intestin par voie d'inflammation ulcérative, toute opération de

Digitized by Google

cette nature ne pourrait être complétement justifiée : car la nature, avant d'opérer la division des parties qu'elle veut éliminer, a procédé à une réunion; elle a produit des adhérences qui empêcheront tout épanchement de matières fécales. Or, ces adhérences préalables, nous ne savons pas si elles existent toujours; nous ne pouvons pas les produire là où elles doivent exister. Donc toute extirpation serait alors imprudente.

ARTICLE III.

Corps étrangers du rectum

Les corps étrangers du rectum sont très nombreux. Ils viennent de dedans et de dehors.

Variétés. Ceux de la première catégorie sont quelquefois formés dans l'économie : ce sont des calculs, des matières fécales endurcies, ou bien des corps qui, d'abord avalés, après avoir parcouru le reste du tube digestif, ont été retenus dans le rectum à cause de leur volume, de leur forme, ou de la manière dont ils ont été présentés à l'anus. Certaines circonstances anatomiques expliquent la formation de quelques corps étrangers du rectum et leur arrêt dans cet organe. L'anus est une étroite filière succédant à une dilatation du rectum qui est une espèce d'ampoule. Cette disposition est favorable à la rétention normale des matières fécales, qui, sans cela, sortiraient dès leur arrivée dans le rectum. Mais c'est elle aussi qui donne lieu aux rétentions qui constituent un accident. Des plis verticaux ou brides, lesquelles, réunies à des plis transversaux de la fin du rectum, forment de petits godets de la muqueuse; dans ces godets, s'enfoncent des corps étrangers d'un petit volume : ainsi, des arêtes, des épingles, des aiguilles, des fragments d'os, enfin des corps mêlés aux matières fécales, lesquelles sont, pour ainsi dire, tamisées au moment d'être tout-à-fait expulsées.

Les corps étrangers de la seconde catégorie sont ceux qui ont été portés directement dans le rectum, en passant par l'anus. On ne saurait croire tout ce que le hasard, le vertige de la passion, la méchanceté, ont pu faire à cet égard : une bille, une queue de cochon, un pot de confitures, une topette, une fourchette, une grosse rave; enfin, c'est inouï tout ce qu'on a trouvé dans le rectum. En 1844, étant juge d'un concours dont l'épreuve pratique devait avoir lieu à l'Hôtel-Dieu de Paris, je pus assister au spectacle le plus hideux qu'on puisse imaginer. C'était un employé d'une

Digitized by Google

maison d'éducation qui s'était introduit dans le rectum un verre des plus grands de nos tables ; il avait été enfoncé par son fond. Les élèves ne trouvèrent rien de mieux que d'appliquer le forceps sur cet énorme corps étranger ; mais il se brisa, et les bords de ce verre furent transformés en dentelures qui piquèrent et dilacérèrent le rectum. Il était donc impossible d'extraire le verre en tirant directement à soi sans changer sa position. Je conseillai alors d'opérer la version, pour que le fond fût présenté à l'anus. M. Velpeau exécuta habilement cette manœuvre, et le verre fut ainsi entièrement extrait. Mais les dégâts dans le bassin furent tels que, huit jours après, ce malheureux succomba. Ce qu'il y a de vraiment inouï, c'est qu'avant le quinzième jour de cet événement, un autre être, livré au même abrutissement, se présenta au même Hôtel-Dieu avec un même corps étranger dans le rectum. L'extraction en fut faite sans fracture et sans accident.

Symptômes, marche et diagnostic. Il n'y a rien de constant sur le temps qui s'écoule depuis l'ingestion par la bouche des corps étrangers jusqu'à leur arrivée dans le rectum. Plusieurs semaines peuvent se passer avant que leur présence au-dessus de l'anus soit accusée par quelque accident. Leur marche dans le canal digestif est indiquée par d'obscures douleurs, d'abord à l'épigastre, puis dans d'autres régions de l'abdomen, où elles deviennent quelquefois très vives. Il est de ces corps étrangers qui, arrêtés momentanément dans l'œsophage, ont été poussés dans l'estomac par le chirurgien. Là, ils ont paru quelquefois y séjourner longtemps avant de passer dans les intestins. Parvenus au rectum, leur présence est indiquée par les signes que voici : douleur obscure ou vive au fondement, s'exaspérant souvent dans certains mouvements, par exemple dans la flexion du tronc. Il survient parfois, sur plusieurs points de l'anus, une inflammation avec suppuration, et quelquefois gangrène ; presque toujours il y a perforation de l'intestin, ce qui produit presque inévitablement une fistule. Enfin le volume du corps étranger peut fermer complétement l'intestin ; de là, constipation, ballonnement de l'abdomen, nausées, vomituritions, vomissements, enfin les accidents de l'étranglement. Quelques corps étrangers, par leur compression, développent des hémorrhoïdes, donnent lieu à la rétention d'urine, et consécutivement à la péritonite.

Ces signes ne sont cependant que rationnels ; ils font soupçonner la cause des accidents ; mais, pour la connaître d'une manière cer-

Digitized by Google

taine, on devra acquérir les signes sensibles. Il est rare qu'on puisse voir le corps étranger; il faut pour cela qu'il soit très voisin de l'anus, ou bien le spéculum deviendra nécessaire. Mais le toucher constate ce que l'œil ne distingue pas. En portant un doigt dans le rectum, on reconnaît la présence d'un corps étranger, souvent même sa forme, son volume et les circonstances qui mettent obstacle à son expulsion spontanée. L'existence d'un corps étranger dans le rectum a été révélée accidentellement dans des circonstances où l'on n'avait pas cru devoir recourir à l'introduction du doigt. Quelquefois la canule d'une seringue, par la résistance qu'elle a rencontrée, a conduit au diagnostic. Dans d'autres cas, le bistouri porté dans un abcès de la marge de l'anus, s'est heurté contre le corps étranger; quelquefois on l'a trouvé en pratiquant l'opération de la fistule, en enfonçant une sonde dans les tissus sphacélés qui environnaient l'anus.

Les derniers signes sont communs aux corps étrangers qui sont parvenus dans le rectum après avoir été avalés et à ceux qui y ont été introduits par l'anus. Les circonstances commémoratives font connaître la voie par laquelle ils y sont parvenus.

Il est rare qu'on trouve de véritables *calculs* dans le rectum. Ils peuvent venir, d'ailleurs, de l'appareil urinaire, après perforation d'un conduit ou du réservoir de cet appareil. Alors des symptômes du côté des voies urinaires facilitent le diagnostic. Les calculs biliaires n'ont qu'à suivre leur cours naturel pour parvenir à l'anus, puisque l'appareil biliaire est une dépendance de l'appareil digestif. Mais comme la communication de ces deux appareils est fort étroite, les calculs, en la franchissant, causent des douleurs atroces : ce sont les coliques hépatiques, qui, avec la jaunisse, complètent le diagnostic, quand, du côté du fondement, on observe les symptômes qui font présumer la présence d'un corps étranger.

Les *pierres stercorales*, c'est-à-dire ces matières fécales endurcies qui se forment dans les renflements du cœcum ou du colon dans les hernies anciennes, au-dessus d'un rétrécissement intestinal; ces corps étrangers sont moins fréquents que ceux qui se forment par l'accumulation, l'endurcissement des matières retenues dans le rectum.

Celles qui se forment plus haut, avant de parvenir au rectum, produisent des coliques, des nausées, et les évacutions alvines sont rares. La palpation de l'abdomen a permis de constater leur pré-

Digitized by Google

sence dans le gros intestin. On a confondu quelquefois aussi la tumeur dure formée par ces matières avec une tumeur squirrheuse. Je me rappellerai toujours l'histoire d'une jeune marquise qui, après ses couches, fut tenue pendant près de dix mois au lit pour une prétendue tumeur squirrheuse de l'ovaire, qui n'était, en réalité, qu'un amas de matières fécales dans la fin du colon. Je fis administrer des pilules de Belloste, comme le meilleur *fondant* de ces espèces de tumeurs, et bientôt la noble malade fut guérie d'une maladie qui devait, selon quelques médecins, la conduire au tombeau. Il est vrai que les privations de toute espèce imposées à cette malheureuse, le repos si longtemps prolongé, les mauvaises digestions, et surtout une fausse idée de la maladie qu'elle portait, ayant profondément altéré sa constitution, son facies ne ressemblait pas mal à celui d'une femme qui porte une lésion organique très ancienne.

Arrivées au rectum, les concrétions font éprouver au malade une pesanteur incommode; il semble qu'il a un bouchon vers l'anus, et, pour s'en débarrasser, il se livre à de grands efforts. L'expulsion est parfois difficile, avec sueurs froides, avec certains mouvements nerveux, et il arrive que le malade attend sa délivrance plusieurs semaines, un mois même. Enfin, il peut se faire une oblitération complète du rectum, rien ne peut en sortir, et les lavements ne peuvent y arriver; alors, comme je l'ai déjà dit, surviennent tous les phénomènes de l'étranglement.

La vessie, la prostate, les veines hémorrhoïdales étant comprimées, naissent des symptômes qui peuvent faire prendre le change, si on ne se hâte de procéder *au toucher rectal*. Le doigt rencontre tout de suite ces corps d'une dureté presque pierreuse, ou bien il faut qu'il soit fortement enfoncé, qu'il s'élève à plusieurs pouces pour les atteindre.

Boyer note une particularité offerte quelquefois par les concrétions : c'est l'*excrétion* involontaire des matières dans une attitude déterminée. (Bientôt j'expliquerai l'incontinence des matières.) Le même praticien dit que le malade exerçant une forte pression sur l'anus, croit remarquer que le sentiment de pesanteur dont il est incommodé est moins pénible.

L'accumulation de matières fécales dans le rectum est beaucoup plus fréquente que les *pierres stercorales*. Cette accumulation a lieu chez les individus faibles, paralysés, surtout chez les femmes qui restent longtemps couchées. Ce sont ces corps étrangers qui pro-

Digitized by Google

duisent cette espèce d'incontinence dans certaines positions du malade. Voici ce qui arrive : autour des matières fécales endurcies sont des matières délayées par les mucosités intestinales; ce sont ces dernières matières qui sortent d'elles-mêmes sans la volonté du malade, ce qui donne le change sur son état. On croit que le malade a le dévoiement, lorsqu'il y a constipation. On laisse l'accumulation des matières fécales augmenter tous les jours; il se déclare, du côté du ventre, des douleurs, des phénomènes attribués à toute autre cause, on agit sur cette prétendue cause, c'est-à-dire qu'on agit à l'aveugle, et le malade succombe à une inflammation de l'abdomen ou à la faiblesse extrême et subite qui survient après la débâcle. Ces jours-ci (mai 1841) j'ai été appelé auprès d'un paralytique qui, disait-on, avait la diarrhée depuis longtemps; on le gorgeait d'eau de riz, on avait même appliqué des sangsues sur l'abdomen pour combattre les coliques. J'explorai le rectum, et je le trouvai rempli de matières fécales endurcies qui furent extraites à l'instant, et à l'instant le malade fut soulagé. Il y avait donc ici diarrhée et constipation, rétention et incontinence; car, autour de la masse de matières endurcies, étaient des matières liquides qui sortaient de l'anus à tout instant.

Si on groupe les accidents produits par la présence des corps étrangers dans le rectum, on trouve : 1° des accidents locaux, inflammations, abcès, fistules à l'anus, etc.; 2° coliques, distension du tube digestif, enfin les conséquences de l'oblitération du canal intestinal; 3° quand l'oblitération n'est pas complète, un état languissant des fonctions digestives, une altération marquée de la nutrition et ses conséquences. On doit donc se hâter d'extraire les corps étrangers du rectum pour éviter ces accidents. J'indiquerai plus tard les procédés d'extraction.

Pronostic. On voit par ce que j'ai dit qu'il doit varier, et qu'en général il doit être réservé; cependant, à quelques exceptions près, les corps étrangers introduits par le rectum font moins courir de dangers que ceux qui viennent de la bouche et ceux qui se sont formés dans le ventre.

Digitized by Google

CHAPITRE II.

LÉSIONS VITALES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

ARTICLE Ier.

Névroses de l'anus.

Ces névroses peuvent se rapporter à celles des muscles que j'ai étudiées dans le tome II, pages 740 et suivantes. Sans qu'on puisse constater à l'anus et à son pourtour, ni rougeur, ni gonflement, ni la plus légère trace d'altération, il y a au fondement des douleurs lancinantes qui font redouter au malade la moindre pression. Elles reviennent par accès, tantôt assez brusquement, d'autres fois avec quelque lenteur, et avec de vraies intermittences. Il y a quelquefois une espèce de rémittence, c'est-à-dire que la douleur continue avec des exacerbations, qui sont de vrais accès. On a vu chez certains sujets l'anus se contracter avec force, par moments, et se relâcher bientôt après. Il arrive quelquefois, au contraire, qu'il s'entr'ouvre d'une manière évidente, et il y a des selles involontaires. On observe alors que la névrose porte non seulement sur la sensibilité, mais sur le mouvement.

De l'anus la névralgie passe bientôt au col de la vessie, des signes rationnels de la pierre se produisent. Plus d'une taille a été entreprise d'après ces signes, et, comme on le pense bien, on n'a pas trouvé de calcul. Il y a des besoins pressants d'uriner, des douleurs vives du côté de la prostate; l'urine s'arrête parfois, la vessie n'étant qu'à moitié vidée, puis le liquide reparaît un instant après. La fatigue et tout ce qui échauffe augmentent les douleurs.

Le cathétérisme est ordinairement fort douloureux; il cause un sentiment de brûlure remarquable : une fois l'instrument parvenu dans la vessie, la douleur se calme; dans certains cas, c'est comme par enchantement. On ne trouve rien; il n'y a ni calcul ni coarctation du côté des voies urinaires; en un mot, rien de matériel dans la vessie, l'urètre ou la prostate. Les urines sont le plus souvent limpides, rarement glaireuses et sanguinolentes.

Rien de plus obscur que l'étiologie d'une pareille maladie. On a avancé que les femmes en étaient moins souvent affectées. Tous les âges y sont exposés. Souvent le temps seul débarrasse le malade

Digitized by Google

de cette névralgie. On a tenté contre elle les antispasmodiques, les anodins sous toutes les formes, et on a échoué jusqu'à présent. M. Campaignac dit que M. Cheneau a vu les accès d'une violence extrême n'être calmés que par le cathétérisme, qui a fini par procurer une guérison complète. Il y a mieux, c'est que les malades taillés dans cet état, par erreur, guérissent en général très bien et de l'opération et de leur névralgie. « C'est, au demeurant, une maladie fort singulière, qui me paraît avoir son siége au col vésical plus souvent qu'à l'anus même, et dépendre fréquemment d'un état hémorrhoïdaire de la fin du rectum (1). »

Le cathétérisme et la taille ayant réussi à calmer ces névralgies, doit-on pratiquer ces opérations comme antispasmodiques? Je ne le pense pas pour la taille, car les faits favorables ne sont pas assez nombreux, et cette opération est trop grave pour être tentée contre une maladie qui, comme je l'ai déjà dit, peut être usée par le temps. Le cathétérisme seul pourrait être tenté. Un malade de M. Velpeau s'est très bien trouvé de mèches dans le rectum, enduites d'une pommade dans la composition de laquelle entraient la belladone et l'extrait d'opium. Un autre, qui éprouvait les mêmes accidents, n'a retiré aucun avantage du même moyen. Un homme robuste fut traité à la Pitié par le même praticien, qui employa les saignées générales et locales, les pilules de Méglin, puis les préparations de belladone et d'opium en topiques; ce malade n'a éprouvé de soulagement qu'après la cessation de tout traitement. Un troisième sujet, dont le mal était porté à l'extrême, fit usage de la tisane de carotte, du soda-water, de l'eau de chaux dans du lait; il prit des pilules de Méglin à haute dose, et les pilules de cynoglosse, et ces moyens calmèrent les accidents.

I. FISSURES A L'ANUS (2).

C'est un petit ulcère étroit, allongé, une espèce de crevasse qu'on trouve entre les replis de l'anus, et qui coïncide avec de très vives douleurs à cette partie. Cette maladie n'est bien connue que depuis les travaux de Boyer. Cependant on trouve dans les auteurs anciens

(1) Velpeau, *Dict. en 21 vol.*, nouv. édit.

(2) On comprendra, en lisant ce paragraphe, pourquoi j'en fais une dépendance de l'article précédent.

Digitized by Google

des aperçus, des faits qui prouvent qu'ils avaient entrevu cette maladie; mais elle était généralement confondue, soit avec d'autres affections de l'anus, soit même avec des maladies des voies urinaires; ainsi, il est évident que Home, qui n'est certes pas ancien, a commis cette dernière méprise. Le livre qui aurait pu aider Boyer dans ses recherches est celui que Lemonnier a publié, en 1689, sous le titre de *Traité de la fistule à l'anus*. C'est la première production dans laquelle cette maladie soit évidemment signalée : il compare l'ulcère à une gerçure des mains ou des lèvres, il en fixe le siége; mais le traitement est loin d'y être décrit comme dans le livre de Boyer. Quand ce chirurgien écrivit ce chapitre de son livre, il possédait déjà cent observations sur ce sujet : aussi sa description, qui est l'expression de ces faits, est-elle devenue classique.

La fissure à l'anus est assez fréquente, puisque Boyer en avait déjà observé cent cas quand il a publié son livre : pour mon compte j'avais déjà opéré au moins dix sujets pour cette maladie. en 1839.

Causes. Les adultes paraissent être exclusivement sujets à cette maladie. Boyer ne l'avait jamais vue chez des enfants ou des adolescents. La plupart des malades observés par Boyer étaient âgés de vingt-cinq à quarante ans : quelques uns étaient au-dessus de cet âge; un seul avait plus de soixante ans. Presque tous les malades que j'ai traités étaient au-dessous de l'âge indiqué par Boyer; c'est à l'hôpital du Midi et à Lourcine que j'ai surtout opéré. Je viens, dans ce moment même (1839), de pratiquer cette opération sur une fille de dix-sept ans. Aucune classe de la société ne paraît en être à l'abri. Les deux sexes y sont exposés, mais les femmes en sont peut-être attaquées plus souvent que les hommes. Je n'ai presque opéré que des femmes, ce qui peut s'expliquer par ma position alors de chirurgien d'un hôpital de femmes.

Les autres causes de la fissure sont fort obscures. Chez beaucoup de malades elle a été précédée de gonflements hémorrhoïdaux; chez d'autres les hémorrhoïdes avaient été excisées avant l'apparition de la gerçure. J'ai voulu savoir si les communications antiphysiques avaient une influence sur la production de cette maladie : je n'ai trouvé que deux femmes qui, par leur aveu, par la forme de l'anus, ne m'ont laissé aucun doute sur cette cause impure. M. Thibaut cite dans sa thèse un fait qui prouverait qu'une excoriation produite par le bec d'une seringue aurait donné lieu à une fissure.

Digitized by Google

Symptômes. La maladie commence d'une manière insensible : d'abord l'excrétion des matières fécales est accompagnée de chaleur et de cuisson ; quelques heures après l'évacuation, toute sensation gênante cesse, le malade croit avoir des hémorrhoïdes ou être échauffé. Ces symptômes disparaissent parfois au bout de quelques jours, surtout si le malade s'abstient de boissons échauffantes, s'il fait usage de lavements, et s'il lotionne fréquemment l'anus avec de l'eau froide. Le calme n'est que passager ; bientôt la chaleur, les cuissons reparaissent, l'excrétion des matières devient plus pénible, et le malaise qu'elle laisse dure plus longtemps. Les déjections sont quelquefois mêlées d'un peu de sang, les douleurs augmentent Le malade reçoit quelque soulagement des laxatifs, des clystères, d'un régime rafraîchissant.

Ces moyens sont bientôt impuissants, et, malgré leur usage, le mal fait des progrès. Il est des malades qui, pour obtenir une selle, sont contraints de prendre un purgatif toutes les quarante-huit heures, et chaque jour deux ou trois lavements. S'il se passe plusieurs jours sans garde-robe, les douleurs qu'elles déterminent ensuite sont plus cruelles encore ; le malade les compare alors à la douleur que produirait un fer brûlant introduit dans le rectum ; il est agité par une sorte de contraction convulsive générale, ou bien il a des défaillances. Après l'excrétion, non seulement il reste une douleur vive, mais des élancements et des pulsations comme ceux qu'on éprouve dans une partie enflammée. Boyer a traité une dame qui ressentait un mouvement fébrile après chaque évacuation alvine.

Les douleurs n'augmentent pas d'une manière égale et progressive ; elles s'accroissent ou diminuent par intervalles, et selon certaines influences, certains modificateurs ; ainsi un exercice violent, l'usage du vin, des liqueurs, des aliments chauds ou pris en grande quantité, exaltent constamment le mal. « L'influence du régime est si marquée, dit Boyer, que quelques malades ne prennent qu'en tremblant une très petite quantité d'aliments, tourmentés par l'idée des douleurs qu'ils éprouveront pour se débarrasser du résidu. Chez certaines femmes, les douleurs augmentent à l'époque des règles : j'en ai vu une qui éprouvait régulièrement tous les huit jours un accroissement très marqué dans ses souffrances. Il est probable que cette périodicité dépendait de quelque particularité dans les habitudes de la malade. »

Digitized by Google

Une fois la douleur déclarée, elle peut être exaspérée par le moindre mouvement, le moindre effort; certaines positions ne peuvent être gardées longtemps : ainsi il est des malades qui ne peuvent rester debout et immobiles, d'autres auxquels il est impossible de rester assis. La douleur est surtout exaspérée par le volume, la dureté des matières fécales qui se présentent à l'anus; les plus volumineuses sont arrêtées par la constriction des sphincters; elles sollicitent des efforts répétés, douloureux et sans résultat. L'expulsion de ces matières n'a lieu que quand elles sont un peu ramollies par des injections ou par les mucosités de la muqueuse du rectum. Il ne faudrait pas croire cependant que le passage des matières, même liquides, se fît toujours sans douleur. Boyer a connu un malade qui en éprouvait de très vives, quoiqu'il eût la diarrhée. Le même praticien dit que la sortie même des vents est quelquefois douloureuse, gênée ou impossible. Une dame, tourmentée par le besoin et l'impossibilité de rendre les vents, avait pris le parti de porter une sonde en gomme élastique dans le rectum. Mais on se demandera alors comment l'anus, qui ne pouvait supporter le passage des vents, endurait la sonde.

L'examen du rectum montre une petite ulcération allongée et ressemblant à une gerçure; elle est situé entre les plis de l'anus, sur un de ses côtés; pour l'apercevoir, il faut appuyer avec force sur la fesse qui lui correspond, et ouvrir un peu l'orifice du rectum. Dans des cas très rares, on peut, sans ces précautions, voir l'extrémité inférieure. Quelquefois aucune manœuvre ne peut rendre visible la gerçure. Selon MM. Blandin et Hervez de Chégoin, il y a des gerçures qui sont au-dessous, d'autres au-dessus de l'anneau anal, et ce sont ces fissures qui ne causent pas les accidents nerveux qu'on observe quand ces ulcérations entament l'anneau même. Ceci n'est pas encore parfaitement établi. Il est même prouvé que des gerçures éloignées de l'anneau ont donné lieu aux plus violentes douleurs.

Quand rien ne peut rendre visible la gerçure, le toucher peut la faire fortement soupçonner : ainsi le doigt introduit dans le rectum pourrait sentir une inégalité sur un point, ou bien déterminer une douleur qui fait que le malade se projette en avant, tant elle est vive; le doigt éprouve une très forte constriction par le resserrement de l'anus, lequel est un des caractères distinctifs de la fissure. Ainsi : 1° constriction violente et douloureuse du sphincter; 2° douleur brûlante au moment de l'expulsion des selles, et immédiatement

Digitized by Google

après, 3° ulcère superficiel, étroit et long à l'entrée de l'intestin. Voilà les trois caractères qui font la base du diagnostic.

Avec la fissure, peuvent exister des excroissances, des tumeurs hémorrhoïdales : Boyer a observé des écoulements chez deux ou trois malades. Mais ces lésions concomitantes, qui peuvent devenir des complications, ne sont pas essentiellement liées à l'existence de la fissure. Ce que je noterai ici avec soin, ce sont les phénomènes sympathiques qui se manifestent plus ou moins loin de l'anus, et qui peuvent singulièrement obscurcir le diagnostic de cette maladie, surtout quand elle est ancienne. Home prit pour une affection de la prostate une de ces gerçures. La rétention d'urine, la dysurie, ont en effet été observées pendant l'existence de cette affection de l'anus. Il y a quelquefois un trouble de tout le système nerveux, un agacement général de tous les nerfs, un état d'hypochondrie qui donnent le change. Le malade ne fait mention que des phénomènes sympathiques, oublie les douleurs de l'anus ou n'ose pas en faire mention par une pudeur mal entendue, ou bien il attribue ces douleurs à des hémorrhoïdes qu'il a ou qu'il n'a pas ; le praticien n'étant pas sur la voie de la vérité, dirige tous ses moyens contre des effets sympathiques, c'est-à-dire contre une ombre. Depuis la publication du livre de Boyer, l'attention des praticiens étant éveillée sur ce point de pathologie, les erreurs sont moins fréquentes. Cependant il est encore des cas qui trompent singulièrement. Ainsi, j'ai vu une femme qui indiquait comme siége des douleurs le milieu même de la région lombaire ; une autre avait des douleurs dans la face, qui lui faisaient serrer les dents comme s'il y avait eu trismus. Chez ces deux femmes, déjà beaucoup d'antispasmodiques avaient inutilement été employés, et ce ne fut qu'après plusieurs examens qu'il me fut possible de m'assurer du vrai siége du mal. Je me rappellerai toujours l'étonnement du praticien qui me confia la première malade quand je lui dis que le meilleur antispasmodique c'était un bon débridement multiple ; il fut encore plus étonné quand, après l'incision de l'anus, le malade ne se plaignit plus de la douleur des reins. Combien de fois n'est-il pas arrivé à de jeunes praticiens de reconnaître des fissures que des praticiens célèbres, mais inattentifs, avaient méconnues (1) ! Boyer dit : « Parmi les

(1) Cruveilhier, *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. III, pag. 114.

Digitized by Google

malades qui se sont adressés à moi, le plus grand nombre avaient déjà eu recours à plusieurs personnes de l'art. Chez la plupart, le mal avait été méconnu. »

Théorie. Trois principaux faits constituent les caractères de cette maladie; la gerçure, la constriction anale, la douleur brûlante. De ces trois faits, deux sont constants, ce sont les deux derniers, les faits physiologiques; le fait physique manque quelquefois. Il peut donc y avoir fissure sans fissure comme il y a des varioles sans variole, c'est-à-dire sans pustules. Le spasme, la contraction ou pour mieux dire la contracture de l'anus, seraient donc le principe de la maladie, dont la fissure ne serait qu'un produit, qu'un effet fréquent, mais non nécessaire. Ce qui le prouverait encore, c'est qu'un débridement pratiqué sur un point de l'anus opposé à la fissure, guérit la maladie. Boyer, qui incline vers l'opinion que je viens d'exposer, a fait valoir cet argument. Mais ici, comme toujours, l'imperfection, les erreurs du diagnostic font surgir une difficulté dont profitent les partisans de l'opinion contraire à celle qui est représentée par Boyer. Ainsi, Sanson et M. Blandin croient qu'il y a eu des ulcérations méconnues et d'autres qu'il a été impossible de constater. M. Velpeau soupçonne des erreurs commises même par Boyer. « La confiance due à l'expérience de Boyer, fait, dit cet auteur, toute la valeur des observations qu'il indique; car ses assertions n'ont jamais été constatées par l'ouverture du cadavre. (En effet, Boyer dit avoir guéri tous ses malades). Or, continue M. Velpeau, en pareille matière, le talent, le savoir des hommes ne suffisent pas pour entraîner la conviction des autres. » Ainsi, dans la première opinion, il y aurait d'abord état spasmodique de l'anus avec resserrement qui précéderaient et causeraient la gerçure, tandis que l'opinion contraire admet l'existence préalable d'une crevasse qui, irritée par les matières fécales, amènerait le resserrement spasmodique des sphincters. Mais l'anus est souvent excorié par des corps étrangers; il est fréquemment le siége d'exulcérations, d'ulcères vénériens; ces solutions de continuité sont aussi irritées par les matières fécales, et cependant les spasmes, les douleurs caractéristiques de la fissure ne se déclarent pas, du moins jamais au même degré, et ces solutions de continuité on ne les guérit pas avec une incision.

Avec la solution de continuité il faut donc admettre un état particulier de l'intestin, une prédisposition locale qui fait que les ger-

Digitized by Google

çures sont suivies d'accidents nerveux, ou bien un état de constriction originaire, une contracture qui prédispose à la constipation, et qui fait que les matières endurcies sortent avec peine, avec effort, et excorient l'anus. On le voit, cette opinion mixte, qui semble concilier les deux opinions, incline davantage vers celle de Boyer, qui, selon moi, est la plus vraie; c'est d'ailleurs celle qui a conduit à la meilleure indication thérapeutique; les praticiens l'adopteront donc plus volontiers.

Traitement. Pour bien apprécier les divers moyens thérapeutiques employés contre la fissure, il faut distinguer celle qui est avec constriction spasmodique et douloureuse des sphincters, de celle qui n'offre pas ces caractères, ou bien si elle les présente, c'est à un degré modéré et dans certaines circonstances seulement. Cette dernière fissure a réellement été guérie par les émollients, les calmants, les narcotiques, les topiques, les lotions, les injections. Selon M. Blandin, on a alors affaire à une fissure qui est au-dessus ou au-dessous de l'anneau formé par le sphincter. Dans ces derniers temps, M. Trousseau a préconisé le ratanhia. Boyer avait déjà donné la formule d'un baume. Dupuytren unissait l'extrait de belladone à l'axonge. Les anciens ne manquaient pas aussi de pommades : on a employé le blanc rhasis, les douches d'eau froide, les décoctions de cerfeuil, de têtes de pavot. Presque tous ces moyens ont procuré des guérisons, quand il n'y avait qu'une gerçure extérieure, ou bien une excoriation superficielle des hémorrhoïdes; mais quand l'état spasmodique, quand la contracture du sphincter existait réellement, on a échoué.

Dans la vraie fissure, les moyens qui sont considérés comme ayant une efficacité réelle sont la cautérisation, la compression et l'incision simple ou multiple. J'exposerai plus tard ces procédés.

ARTICLE II.

Inflammations de l'anus et du rectum.

Les unes sont à la marge de l'anus, les autres à l'intérieur même du rectum. Les circonstances particulières qui peuvent ici produire l'inflammation sont : le frottement des matières endurcies; chez les personnes constipées, les efforts pour aller à la garde-robe, et l'étranglement momentané qu'éprouve alors la membrane muqueuse, par la contraction du sphincter, les déterminent assez souvent : le

Digitized by Google

séjour des mucosités rectales dans les vacuoles terminales de l'intestin, l'abondance de la sécrétion cutanée, et l'âcreté qu'elle contracte en se dénaturant, suffisent pour les faire naître; il en est de même des poils par leur agglomération et les tiraillements qu'ils causent une fois collés ou réunis au moyen des matières desséchées. N'oubliez pas l'application d'un virus.

Les phlegmasies extérieures entretenues par le contact mutuel des surfaces tégumentaires, dans la rainure interfessière, et par le frottement des poils, sont, dans le plus grand nombre des cas, avec suintement plus ou moins fluide, ce qui est un signe distinctif.

La propreté, des lotions avec la décoction de guimauve, puis l'eau blanche, enfin, des cataplasmes apaisent, en général, très vite ces phlegmasies. On ne négligera pas de tenir la rainure interfessière suffisamment écartée, en y plaçant un cylindre de charpie, soit à nu, soit sur un linge cératé.

M. Velpeau dit avoir signalé le premier une cause de l'inflammation superficielle de la marge de l'anus : c'est la racine des poils coupés un peu ras. Cette cause n'a ordinairement de l'effet que si on coupe à peu près tous les poils. L'extrémité restant, courte et dure, fait brosse, jusqu'à ce qu'elle ait acquis une certaine longueur. La marche fait frotter une fesse contre l'autre, ce qui cause des douleurs violentes. « Un médecin de ma connaissance, qui se les était taillés avec des ciseaux, en éprouva le lendemain de si vives souffrances, qu'il fut pris de fièvre, et obligé de garder le lit pendant trois jours. » (Velpeau.) Le remède est ici facile à trouver : du repos et des topiques gras; si l'on est forcé de marcher, placer comme intermédiaire, dans la rainure fessière, de la charpie, une compresse cératée, afin d'empêcher le frottement mutuel des surfaces hérissées par les poils encore courts. En rasant les environs de l'anus, dans les cas de phlegmasies, au lieu de soulager, comme on pourrait le croire, on augmenterait, au contraire, la gravité des symptômes.

L'irritation simple, ou la phlegmasie de l'intérieur même de l'anus, est ordinairement annoncée par des ténesmes ou des envies fréquentes d'aller à la garde-robe; il y a un écoulement glaireux, jaunâtre, ou mêlé de stries sanguines; surviennent de la cuisson et un sentiment de pesanteur dans la partie. Le malade serait tenté de croire qu'une masse considérable tend sans cesse à sortir de l'anus. Des lavements émollients, si le malade peut les supporter, des

Digitized by Google

bains de siége, et quelques jours de repos, suffisent ordinairement pour dissiper une affection aussi légère. En privant le malade de manger, on rendra les selles moins fréquentes et on hâtera la cure.

ARTICLE III.

Affections syphilitiques de l'anus et du rectum.

La syphilis se montre ici sous plusieurs formes. Elle y existe : 1° primitivement, c'est-à-dire par le contact immédiat du virus; 2° consécutivement après l'infection syphilitique, ou par extension.

Ainsi les divers écoulements de l'anus, analogues à ceux du vagin et de l'urètre, sont presque toujours dus à une infection directe; les pustules muqueuses qui bordent l'anus sont le plus souvent consécutives; ce sont quelquefois aussi des pustules qui, ayant pris naissance sur les parties génitales, s'étendent jusqu'à l'anus.

On peut en dire autant des végétations, qui là peuvent prendre toutes sortes de formes. Comme elles ressemblent ordinairement à des fruits ou à certains légumes, c'est dans le règne végétal surtout qu'ont été puisés les noms de ces excroissances : ainsi ce sont des fics, des mérisques, des poireaux, des fraises, des framboises, des choux-fleurs. Il est des excroissances en forme de crêtes de coq, et qui portent ce nom. On croyait que cette forme n'existait qu'à l'anus, mais on en a vu au gland, à l'entrée du vagin ; si les crêtes de coq sont plus fréquentes à l'anus, c'est que là les excroissances, étant comprimées de deux côtés, s'aplatissent et ressemblent effectivement à des crêtes.

Le traitement général est le seul qui triomphe complétement des affections vraiment syphilitiques de l'anus, du moins qui donne la certitude d'une guérison radicale. Les moyens locaux aideront et abrégeront la cure. Ainsi, pour les écoulements, les injections astringentes, celles faites avec la décoction concentrée de feuilles de noyer, ainsi que les bains de siége dans la même décoction, les lotions avec l'eau blanche, la dissolution de sulfate de zinc, le tamponnement avec la charpie saupoudrée de calomel préparé à la vapeur, tous ces moyens réussissent, en général, avec promptitude si l'écoulement est simple; s'il y a des ulcérations, des excoriations, il faudra y joindre la cautérisation. Ce moyen sera aussi très utile pour terminer la guérison des rhagades, pour détruire les petites végétations, ou modifier avantageusement les

Digitized by Google

plaies qui résultent de l'extirpation de ces végétations quand elles sont un peu volumineuses.

Quant aux pustules muqueuses, elles peuvent disparaître seulement sous l'influence des bains et autres moyens de propreté. Mais on doit s'attendre à des récidives, surtout si la rectite, la vaginite et la métrite du col ne sont pas complétement disparues. En effet, l'humeur produite par le col de l'utérus, le vagin, le rectum, cette humeur est une semence qui reproduit continuellement les symptômes que l'on fait disparaître par les bains, la cautérisation, et même l'excision. Avant l'usage méthodique du spéculum, on considérait comme complète des guérisons qui n'étaient que commencées. On négligeait d'explorer le col de l'utérus, et comme souvent, chez les femmes, c'est là que se réfugie le mal, restait un écoulement qui portait au dehors le germe non détruit de la syphilis sur les grandes lèvres, le périnée et même à l'anus ; enfin sur toutes les parties souillées par l'humeur morbide germaient de nouvelles végétations, de nouvelles pustules. On devra donc agir surtout sur le col de l'utérus : quand j'en serai aux maladies de cet organe, je dirai comment.

ARTICLE IV.

Abcès de l'anus.

Causes. Les abcès de l'anus sont fréquents. Il y a dans la localité plus d'une explication de cette fréquence : ainsi, le tissu cellulaire qui entoure la fin du rectum est très abondant, les vaisseaux sont très nombreux ; il en est qui sont dans des conditions favorables aux engorgements : ainsi les veines n'ont pas de valvules, ce qui retarde le retour du sang; la constipation vient augmenter cet effet; ajoutez encore les contractions des sphincters qui étranglent pour ainsi dire les veines hémorrhoïdales et constituent ainsi beaucoup de causes d'engorgement. Le voisinage, chez l'homme, de la prostate, de l'urètre, de la vessie; la proximité du vagin, de la matrice, chez la femme, organes dont les lésions peuvent compromettre la région anale, toutes ces circonstances donnent, comme je l'ai dit, plus d'une explication de la fréquence des collections morbides dont il s'agit. Il est des organes bien plus éloignés dont la lésion peut amener un abcès de l'anus. Ainsi, non seulement le pus peut avoir sa source à l'ischion ou sur un autre point du bassin, mais encore

Digitized by Google

à la colonne vertébrale. Tulpius, *lib.* III, p. 28, parle d'un abcès de l'anus qui remontait jusqu'à l'épaule. Ce sont là de vrais abcès par congestion qui ne doivent pas m'occuper ici.

Des maladies de l'anus déjà étudiées et celles dont il sera parlé dans la suite, sont des causes beaucoup plus directes des abcès en question : ainsi les inflammations de l'anus, du rectum, les corps étrangers. On verra plus tard que les hémorrhoïdes, les dégénérescences, soit cancéreuses ou autres, peuvent donner lieu à des abcès. Enfin, viennent les causes réellement provocatrices, les violences, comme un coup, une chute sur la région de l'anus, une plaie, une piqûre de sangsue, une déchirure par une canule mal dirigée (1). Je connais un fait très curieux d'une piqûre d'araignée qui donna lieu à un abcès suivi d'une fistule anale. Comme pour toutes les maladies, on a aussi accusé le vice rhumatismal, les métastases. Il est vrai que certains abcès de l'anus se lient à de grands désordres de l'économie : ainsi, on les voit apparaître à certaines périodes de la phthisie, après des fièvres graves.

Au lieu de se terminer par une perforation du rectum, l'abcès peut au contraire commencer par cette solution de continuité. Ainsi, une hémorrhoïde interne deviendra le siége d'une ulcération qui marchera de dedans en dehors, et sera le point de départ d'un abcès qui peut finir par s'ouvrir au dehors. Il arrive aussi qu'un tubercule fondu détruit la muqueuse du rectum, laisse une perte de substance qui met les matières, les humeurs stercorales en rapport avec les tissus sous-jacents ; de là une cause d'abcès qui, lui aussi, pourra aller s'ouvrir plus ou moins tard à la peau. Ces perforations du rectum sont lentement produites : pendant qu'elles s'opèrent, le tissu cellulaire qui entoure l'intestin subit souvent des modifications qui rendent difficile ou même impossible l'infiltration des matières stercorales ; mais si la perforation a été violemment opérée, si c'est, par exemple, une canule mal dirigée et introduite avec force qui a produit la solution de continuité du rectum, le tissu qui le double n'ayant encore subi aucune modification, il se laisse infiltrer par les matières, les humeurs stercorales, et on a un abcès stercoral, un abcès avec une gangrène plus ou moins étendue. La présence des matières fécales est ici une circonstance aggravante, comme celle de l'urine, quand, après certaines tailles, une blessure de la

(1) Voyez la thèse du concours de M. A. Dunyau.

Digitized by Google

vessie, cette humeur a été mise en contact avec le tissu cellulaire qui entoure le rectum. Il y a encore ici abcès et gangrène.

Les abcès gangréneux ne reconnaissent pas toujours des causes aussi directes. Il est des gangrènes spontanées ou de cause interne qui s'observent dans cette région comme dans d'autres régions. Il y a alors ce qu'on appelle des abcès gangréneux, observés surtout chez des vieillards ou des sujets placés dans des conditions hygiéniques malheureuses ; de sorte qu'ici ce n'est plus un accident tout-à-fait local qui a été cause de l'abcès, mais bien un état général. Il est aussi des abcès gangréneux qui surviennent autour de l'anus sans qu'on puisse reconnaître la cause locale ni la cause générale ; ils sont, ou du moins ils paraissent complétement spontanés.

Variétés. Les abcès de l'anus n'ont pas tous le même siége et le même point de départ, et, comme on l'a vu par ce court exposé de leur étiologie, ils n'ont pas tous la même cause. Leur siége doit les faire distinguer en superficiels et profonds.

1° *Abcès superficiels.* Ils naissent et se développent dans la couche sous-tégumentaire entre elle et le *fascia superficialis.* Comme la couche tégumentaire est souple et que le fascia résiste, ces abcès proéminent au dehors. Le tissu cellulaire étant là plutôt filamenteux que lamelleux, ils revêtent une forme arrondie ; on les dit alors *tuberculeux hémorrhoïdaux.*

2° *Abcès profonds.* Ils s'établissent dans cette masse de tissu cellulaire qui entoure la fin du rectum et qui est renfermée dans un dédoublement de l'aponévrose du périnée, dédoublement qui limite ce que M. Velpeau a appelé l'excavation *ischio-rectale*. La paroi antérieure de cette cavité correspond aux muscles transverses du périnée ; les parois latérales sont en rapport avec les obturateurs externes. Tous ces muscles sont doublés du côté du rectum par une lame aponévrotique résistante ; mais en arrière le tissu cellulaire de la cavité *ischio-rectale* se continue avec celui du bassin, avec celui qui matelasse en arrière le rectum et lui forme une espèce de mésentère. On comprend que sur ce point le pus peut plus facilement aller de l'anus dans le bassin, ou venir du bassin à l'anus ; c'est la véritable voie des abcès par congestion ; c'est ordinairement par là que les dénudations du rectum commencent, quand les abcès de la marge de l'anus ne sont pas convenablement ouverts, ou quand ils sont sous l'influence d'une cause toujours agissante. De pareils abcès peuvent s'ouvrir dans le rectum à toutes les hauteurs.

Digitized by Google

Les abcès superficiels ne peuvent pas causer ces dégâts. Quand la cause persiste, s'ils ne sont pas ouverts de bonne heure, les progrès se font du côté de l'orifice anal, parce que plus on avance vers ce point, plus la couche celluleuse est souple et lamelleuse; plus aussi la muqueuse prend les caractères propres à cette membrane, plus elle se détache de la couche sous-tégumentaire; le pus la suit à mesure qu'elle s'enfonce dans l'anus, et se fait jour entre le sphincter externe et l'interne.

Symptômes et diagnostic. Les *abcès superficiels* sont facilement reconnus à leur forme tuberculeuse et à la rapidité avec laquelle la fluctuation s'y manifeste. Les abcès franchement inflammatoires sont accusés par la vivacité de la réaction qui a lieu ici comme partout où s'établit une tumeur phlegmoneuse, par la promptitude avec laquelle la tumeur se développe. Les abcès gangréneux se forment bien plus promptement encore; il y a teinte jaunâtre de la peau, empâtement des tissus sous-jacents, et une plaque livide se manifeste sur la tumeur. La proéminence plus ou moins prononcée de la tumeur du côté du rectum donne lieu à la constipation. La prostate, l'urètre, la vessie, comprimés par le voisinage de l'abcès, peuvent donner lieu à des symptômes qui obscurcissent quelquefois le diagnostic.

Il est d'ailleurs des abcès profonds dont le diagnostic doit nécessairement être obscur. Ce sont ceux qui se forment au-dessus de l'aponévrose qui revêt le releveur de l'anus, aponévrose qui forme la paroi *rectale* de l'excavation *ischio-rectale*. Quand le pus est déposé si près des parois du rectum, c'est surtout du côté de l'intestin qu'il proémine, et non vers la marge de l'anus. On observe de la constipation, et il y a les phénomènes locaux et généraux inhérents au développement d'une tumeur phlegmoneuse; mais comme elle n'apparaît pas à l'extérieur, on peut méconnaître cet abcès. M. Velpeau dit avoir constaté, comme Vigarous, plusieurs de ces abcès par le toucher rectal : sur le point où était la tumeur, le doigt déterminait une douleur comme s'il existait une fissure; il percevait en même temps une tumeur qui donnait l'impression d'un noyau phlegmoneux ou d'une tumeur fluctuante.

Les abcès de l'anus ne se terminent jamais sans ouverture du côté de la peau ou du côté de la muqueuse du rectum. On a nié l'ouverture de l'abcès dans le rectum, et alors la perforation de l'intestin a été considérée comme la cause de l'abcès, son com-

Digitized by Google

mencement et non sa terminaison. J'ai déjà dit que certains abcès présentent cette particularité. L'odeur des matières fécales dont le pus est imprégné n'est pas une preuve irrécusable de la perforation de l'intestin; car un abcès voisin de cet organe, par exemple celui qui est au-dessus de l'aponévrose qui revêt le releveur de l'anus, un pareil abcès peut, par imbibition, par transsudation, s'imprégner d'une odeur qu'on remarque aussi dans les cas d'abcès dans la fosse iliaque droite, sans perforation du cœcum, lequel a été seulement mis en rapport avec le pus par sa portion non enveloppée du péritoine

Traitement. La presque certitude de l'impossibilité d'obtenir ce qu'on appelle la résolution des abcès de l'anus ne doit pas empêcher le praticien d'employer le traitement du phlegmon, dans le but de borner l'étendue de l'abcès ou d'en hâter la maturation. Cependant on ne devrait pas ici appliquer les antiphlogistiques dans toute leur rigueur.

L'époque à laquelle il convient de faire l'ouverture de ces abcès et la manière de pratiquer cette opération ont été envisagées diversement. Pott (1) et ses partisans soutenaient qu'on devait attendre la fonte des tissus avant de donner issue au pus. Aujourd'hui, les avantages d'une ouverture prompte et même prématurée sont généralement reconnus. M. Velpeau pense qu'il ne serait pas impossible d'arrêter la marche de certains abcès en les incisant dès le début. On pourrait ainsi empêcher leur extension du côté de l'intestin, quand ils sont absolument idiopathiques. Ce sont les ouvertures hâtives qui préviendront les grands dégâts dans le bassin et les dénudations du rectum. C'est certainement aussi le moyen le plus sûr de prévenir les fistules consécutives, si toutefois elles peuvent être prévenues quand il y a un abcès profond à la marge de l'anus. Quant à l'abcès gangréneux, il n'y a réellement pas d'autres moyens d'en modérer les dégâts.

ARTICLE V.

Fistules à l'anus.

L'histoire des fistules à l'anus se rattache, en grande partie, à celle des abcès que je viens d'étudier. Ce n'est donc pas sans dessein que j'ai rapproché ces deux articles.

(1) *Œuvres chirurgicales*, Paris, 1777, tom. II, pag. 314.

Digitized by Google

Il ne peut pas être spécialement question ici des fistules qui se lient à des dégénérescences, à des altérations profondes des os, à celles des organes contenus dans le bassin, car de pareilles fistules ne sont que des phénomènes très secondaires des lésions graves auxquelles je fais allusion. Je traiterai surtout dans cet article des fistules produites ou entretenues par des lésions vitales des parties tout-à-fait connexes à la partie inférieure du rectum

Variétés. C'est précisément la fistule à l'anus qui m'a servi de type quand j'ai étudié les fistules en général. Le lecteur devra donc relire l'article *Fistule* au tome I, pages 435 et suivantes. Je répéterai d'ailleurs ici que les fistules anales peuvent être *incomplètes* et *complètes*.

1° *Fistules incomplètes.* Les fistules incomplètes sont appelées aussi *borgnes*, parce qu'elles n'ont qu'une ouverture. On a beaucoup discuté sur leur existence. Elles existent réellement. Cependant, pour rester dans les limites des faits, il faut convenir que la plupart des fistules borgnes finissent par se compléter; mais nier complétement l'existence de ces fistules, c'est sortir des faits que j'invoque et de la vérité que tout chirurgien doit toujours savoir accepter.

2° *Fistules complètes.* La fistule complète a un orifice interne, un externe, un corps qui est ce qu'on appelle le trajet. L'*orifice interne* ou intestinal est généralement unique : on peut assurer qu'il en est ainsi quand il n'y a qu'un orifice externe. L'*orifice externe* s'ouvre généralement sur un des côtés de l'anus, quelquefois en arrière, plus rarement en avant; il y en a souvent sur plusieurs points en même temps. Quand ces ouvertures sont nombreuses, on dit que le pourtour de l'anus est percé en arrosoir. Plusieurs orifices externes peuvent coïncider avec une seule ouverture intestinale. Le *trajet* est très souvent sinueux; il peut naître en arrière et venir se terminer en avant : après avoir marché dans un sens, il peut se dévier brusquement et former un coude, puis une seconde inflexion, et marcher ainsi en zigzag. Quand l'orifice externe est multiple, on voit quelquefois le trajet divisé en plusieurs branches qui, d'un point voisin de la fesse ou du périnée, convergent plus ou moins régulièrement vers l'ouverture intestinale. Le trajet est souvent interrompu par des cavernes qui sont des espèces de renflements du corps de la fistule. Ces cavernes sont quelquefois nombreuses et larges, surtout quand la fistule est ancienne et que plusieurs abcès

Digitized by Google

se sont successivement formés; elles s'étendent du côté de l'ischion. au-dessus du coccyx, vers le sacrum ; elles se multiplient parfois en plusieurs clapiers qui entourent le rectum, et finissent par le dénuder de manière à laisser son extrémité inférieure comme suspendue au centre d'une grande cavité accidentelle.

Il y a eu discussion sur le siége de l'ouverture interne. Jusqu'à Ribes (1), il était admis que la fistule s'ouvrait dans le rectum, tantôt près de l'anus, tantôt à plusieurs pouces de cette ouverture. Mais ce chirurgien vint soutenir que toujours ou presque toujours l'orifice interne existait très bas, c'est-à-dire de 5 à 7 millimètres du sphincter externe. Ribes fut soutenu par Larrey, et tous deux faisaient remonter cette opinion à Sabatier. M. Velpeau avance que Sabatier n'a pas écrit un mot de cela dans son ouvrage, ce qui est une exagération ; car Sabatier dit, tome II, page 352 : « On n'a pas fait attention que souvent l'ouverture du rectum est près de la marge de l'anus, quoique cet intestin semble dénudé très profondément. » Ainsi, non seulement Sabatier parle de cette fréquence, mais il donne l'explication de l'erreur de ceux qui ne la rencontrent pas aussi souvent que lui. Il est vrai que Sabatier ne va pas aussi loin que Ribes, dont l'opinion a été d'ailleurs adoptée par la plupart des chirurgiens. Cependant M. Roux et Boyer, tout en faisant de justes concessions à la doctrine dite de Sabatier, ont été fidèles à l'école de Desault, d'accord ici avec celle de l'Académie de chirurgie. Ces chirurgiens admirent donc des fistules à toutes les hauteurs; ils en admirent de très élevées, mais plus rarement que Desault. Aujourd'hui nous sommes surtout sous l'influence des travaux de Ribes. M. Velpeau (2), avant de s'y soumettre, a voulu voir les faits : sur trente-cinq cas de fistules examinées sur le cadavre ou observées sur le vivant, ce professeur a trouvé que quatre s'élevaient de 41 à 66 millimètres, 78 millimètres au-dessus du sphincter externe; une cinquième fistule allait à plus de 99 millimètres; car, dit l'auteur, on l'atteignait à peine au moyen du doigt, mais c'était après avoir parcouru un long trajet entre la membrane muqueuse et les autres tuniques du rectum. Les autres s'ouvraient à l'entrée même de l'anus ou à quelques lignes de pro-

(1) *Mém. et observations d'anatomie et de chirurgie*, Paris, 1841, tom. II. pag. 1 et suiv.

(2) *Nouveaux Éléments de médecine opératoire*, Paris, 1839, tom. IV. pag. 786.

Digitized by Google

fondeur, comme le veut Ribes; trois d'entre elles avaient même leur orifice en dehors de la couche villeuse de cet anneau, et deux seulement se trouvaient un peu plus rapprochées de la valvule du sphincter que des téguments. Ainsi l'observation permet de reconnaître : 1° que certaines fistules s'ouvrent sur la peau elle-même à l'entrée de l'anus (celles-là n'ont donc pas d'orifice intestinal); 2° que les plus nombreuses ont leur orifice entre les deux sphincters; il n'est pas très rare de les rencontrer à quelque distance au-dessus. Ce qui a trompé beaucoup de chirurgiens, qui croient encore que les fistules s'ouvrent plus haut que ce qui vient d'être établi par les faits, c'est, comme Sabatier l'avait remarqué, que l'intestin est souvent décollé au-dessus de la fistule; sa membrane muqueuse étant dégarnie de son tissu cellulaire, le stylet glisse entre elle et la couche musculeuse; l'instrument remonte, et on croit que c'est à cette hauteur qu'est l'ouverture. Mais si, prévenu contre cette cause d'erreur, la tête du stylet est dirigée en bas vers l'anus, on trouve alors l'ouverture qu'on a vainement cherchée plus haut.

Symptômes et diagnostic. Ce que je viens de dire sur les orifices de la fistule et sur son trajet aidera le diagnostic que je vais chercher à établir d'une manière méthodique. On aura égard 1° aux antécédents; 2° aux caractères du point ulcéreux qui est aux environs de l'anus; 3° à ce qui sort par ce point ulcéreux; 4° par lui, on introduira un instrument ou des liquides qui donneront la certitude entière de l'existence de la fistule.

Les antécédents apprennent ordinairement que deux mois à peu près avant l'établissement de l'ulcère, existaient des hémorrhoïdes qui ont suppuré, ou un abcès de toute autre nature provenant d'une contusion, d'une plaie ou d'un corps étranger. L'ulcère est au fond d'une espèce de lacune ou surmonté d'un tubercule rouge variant de grosseur.

Il s'écoule par le pertuis une humeur ou rougeâtre ou sanguinolente, ou roussâtre et fort liquide; quelquefois c'est du pus louable qui devient aussi grisâtre et séreux; il sort, par le pertuis, des gaz, enfin des matières fécales.

La circonstance de l'écoulement d'une humeur ayant les caractères que je viens d'indiquer n'établit pas définitivement le diagnostic de la fistule complète, puisque les fistules borgnes externes peuvent très bien donner issue à des humeurs de cette

Digitized by Google

nature. La sortie des gaz est une circonstance plus probante : mais encore ici on peut être trompé ; car, pendant que le rectum est vide, de l'air peut être introduit dans une caverne ouverte seulement au dehors ; il arrive alors que, par la pression, on fait sortir cet air, que l'on prend pou run gaz échappé du rectum à la faveur d'une perforation de cet intestin qui n'existe réellement pas. L'issue des matières fécales, d'un corps étranger, d'un ver, ne laisse aucun doute sur l'existence de cette perforation, c'est-à-dire d'une fistule complète ; mais l'absence de ces circonstances n'impliquant pas l'absence d'une perforation du rectum, il faut se livrer à une exploration capable de fournir les *signes sensibles* de la fistule complète.

Pour cela, on fait coucher le malade comme pour lui administrer un lavement ; le doigt indicateur gauche huilé, introduit dans l'anus, cherche l'ouverture interne, qu'il reconnaît à un petit renflement en cul de poule et à la douleur plus vive éprouvée par le malade quand l'organe explorateur touche ce point. Ce n'est pas assez pour le diagnostic ; il faut qu'un stylet flexible introduit par l'orifice externe suive doucement les inflexions du trajet pour parvenir dans le rectum, et toucher à nu le doigt qui est déja dans cet intestin. Si ce premier doigt a déjà trouvé l'ouverture interne, le stylet le touche bientôt ; mais si cet orifice est encore à trouver, l'exploration en est plus difficile ; c'est alors qu'il faut avoir présents à l'esprit les détails que j'ai donnés sur le *trajet* de la fistule et ses inflexions, sur le siége des orifices, surtout sur celui de l'orifice interne. Il faut s'attendre à des brides, des sinuosités, des replis valvulaires. Aussi, arrivé dans une caverne, la tête du stylet l'explorera dans tous les sens, toujours avec douceur et en faisant concourir le doigt introduit dans l'anus à cette recherche. Quelquefois ce doigt nuit plus qu'il ne sert ; il faut alors tenter l'exploration avec le stylet seulement : après avoir fait franchir par la tête du stylet l'ouverture extérieure, on le laisse pénétrer plus avant par son propre poids, et il tombe pour ainsi dire dans le rectum.

Une première séance ne produit quelquefois aucun résultat ; il faut en venir à une seconde, qui, souvent, est plus heureuse. Quand plusieurs explorations avec le stylet n'ont pas réussi, on peut tenter les injections de lait ou de l'eau colorée avec l'encre, le safran ou le tournesol. On injectera ces liquides par l'anus : s'il y a fistule complète, ils reviendront par le pertuis, ou bien ils seront

Digitized by Google

introduits par lui, et sortiront par l'anus. Si on tient absolument à acquérir la certitude de la perforation de l'intestin, on pourra agrandir l'ouverture ou les ouvertures extérieures avec l'éponge préparée. Si ces moyens employés par des mains habiles échouent, c'est-à dire s'ils ne parviennent pas à découvrir l'ouverture interne, la fistule n'est pas complète, elle n'est que borgne externe; c'est ce qui arrive quelquefois, quoi qu'en disent les partisans de Foubert, que j'ai appelé à tort Flaubert au tome I, page 336.

Voici les points sur lesquels porte le diagnostic de la fistule borgne interne. Le malade a d'abord éprouvé des douleurs, des pulsations dans le rectum, et si le chirurgien est consulté, il a pu constater de la chaleur, un endurcissement aux environs de l'anus; enfin, après la manifestation des symptômes du phlegmon profond, il sort de l'anus une plus ou moins grande quantité de pus, et dès lors cette humeur se mêle dans des proportions variées aux matières fécales; elle tache même la chemise dans l'intervalle des selles. En pressant les environs de l'anus, cette ouverture laisse passer une certaine quantité de pus; l'index qui explore l'intérieur du rectum y rencontre les particularités que j'ai notées en parlant de la fistule complète; extérieurement on observe quelquefois seulement une dureté, ou, avec elle, une tache d'un rouge violacé, avec ou sans amincissement de la peau.

Ce qui fait que les fistules borgnes internes passent pour être plus rares qu'elles ne le sont réellement, c'est que quand elles ne sont pas très avancées, le malade croit avoir des hémorrhoïdes internes cachées, pour lesquelles le chirurgien n'est pas consulté.

Aux environs de l'anus, peuvent s'ouvrir aussi des fistules urinaires qu'il faut savoir distinguer des fistules précédentes. Quand il y a fistule urinaire, on a observé antécédemment des désordres du côté de la miction; il y a plus ou moins de rétention d'urine; au moment d'uriner, le malade éprouve dans les environs de l'anus une espèce de frémissement, et au périnée une cuisson plus ou moins forte; le tubercule est rosé ou blafard et déprimé en cul de poule : on sent, en palpant les parties, une espèce de corde dure qui se dirige du côté de l'urètre ou de la vessie. L'humeur produite par la fistule a la couleur, la fluidité, l'odeur de l'urine; elle ne coule ordinairement qu'au moment où le malade rend cette humeur; le stylet explorateur ne rencontre pas de caverne, et il n'arrive jamais au rectum.

Digitized by Google

Pronostic et traitement. Nous voilà arrivé au pronostic et au traitement, nous touchons donc à deux questions de la plus haute importance. La nature peut-elle guérir les fistules? Sont-elles des maladies graves? Doit-on toujours les opérer?

La cure radicale et naturelle des fistules à l'anus est un des faits les mieux établis de la pathologie; il est vrai que les cas les plus nombreux de ces guérisons sont des fistules incomplètes borgnes; mais il est peu de praticiens qui n'aient observé aussi des guérisons spontanées de fistules tout-à-fait complètes. Voici ce qui arrive : 1° elles s'enflamment de temps en temps, et cette inflammation, au lieu de donner lieu à des abcès qui laissent des cavernes, produit au contraire des adhérences qui raccourcissent, rétrécissent le trajet, et finissent par l'effacer; 2° ou bien le sujet, placé dans des conditions hygiéniques heureuses, voit sa nutrition s'activer; il prend de l'embonpoint. Le tissu cellulaire graisseux des environs de l'anus participe à ce bien-être; en se développant il comble les vides laissés par la fonte purulente, et exerce sur le trajet la meilleure, la plus salutaire des compressions.

Des faits de cette nature se sont offerts à l'observation de Sabatier, de E. Ribes, de M. Velpeau; j'en possède deux des plus remarquables. On notera que les sujets de pareilles observations ont le plus souvent quitté la ville pour aller à la campagne, où ils ont trouvé leur guérison. Je ne sais vraiment pourquoi Boyer s'est obstiné à ne pas voir ou à ne pas rechercher les faits de cette nature; il aurait cessé de soutenir cette erreur, que les fistules complètes ne guérissent pas spontanément. Je connais beaucoup un prêtre qui avait une fistule bien constatée par plusieurs habiles chirurgiens; redoutant beaucoup la douleur de l'opération, il en éloignait toujours le moment; ses ajournements furent tels que la nature finit par le délivrer de cette infirmité, et cela sans douleur, ce qui fut pour ce pauvre prêtre une double joie: joie de ne plus avoir sa fistule, joie d'avoir évité la douleur de l'opération.

La question de savoir si la fistule est une affection grave se lie par plusieurs points à celle de savoir si on doit toujours l'opérer On ne peut pas dire que la fistule soit une maladie essentiellement grave; mais il est des cas où l'abondance de l'humeur qu'elle produit peut singulièrement épuiser le malade; cette humeur absorbée peut donner lieu à des accidents du côté de la poitrine que l'on confond avec la phthisie; c'est d'ailleurs une infirmité dégoûtante

Digitized by Google

qui affecte quelquefois le moral, au point de jeter de l'amertume dans la vie (1).

ARTICLE VI.

Hémorrhoïdes.

Si l'on voulait s'en tenir au sens étymologique du mot hémorrhoïde, on trouverait qu'il signifie écoulement de sang, indépendamment du siége de cet écoulement; car les anciens ont parlé des hémorrhoïdes de la bouche, de l'utérus, de la vessie. Aujourd'hui, on appelle hémorrhoïdes des tumeurs sanguines de l'anus et du rectum. Mais il y a plusieurs espèces de tumeurs sanguines : les artères, les veines, le tissu érectile accidentel, peuvent également former des tumeurs qui sont toutes appelées sanguines. Quel est donc celui de ces éléments qui entre dans leur composition? On le voit, c'est là une question d'anatomie pathologique qui doit d'abord être traitée, car sa solution aurait une influence sur les autres questions qui se rattachent à cette maladie.

Composition. Theden (*Progrès de la chirurgie*, section IV, p. 73) dit que dans les hémorrhoïdes la membrane muqueuse du rectum prend plus d'épaisseur en perdant sa mollesse. Elle constitue un kyste à parois résistantes, qui empêchent les tumeurs de grossir et de saigner. Theden n'a vu ici qu'un état, qu'une période des hémorrhoïdes; il fait certainement allusion aux hémorrhoïdes anciennes. Ledran les représente en grappe de raisin; elles sont aréolaires. Il est évident que c'est là une forme que revêtent les hémorrhoïdes, et non la seule disposition de ces tumeurs. Chaque pédoncule de ces différentes granulations serait pour Ledran constitué par une division artérielle : de là la crainte de l'hémorrhagie qui résulterait de l'ouverture de ces vaisseaux. M. Récamier adopte l'opinion de Ledran : « C'est, dit-il, un tissu cellulaire rouge infiltré de sang; enfin ce sont, comme l'observe très bien Ledran, de vraies tumeurs spongieuses, plus ou moins compactes.... Elles ont beaucoup de tendance à s'engorger périodiquement, même quand elles ne répandent pas de sang. » Hodgson (2) semble adopter une opinion

(1) Ici il est de toute nécessité de lire au tome I les *indications* et *contre-indications fournies par les fistules.* Voyez aussi ma thèse de concours, *Des indications et contre-indications*, etc.

(2) *Traité des maladies des artères et des veines*, Paris, 1819.

Digitized by Google

contraire; la voici : « Quand une veine est dilatée, elle augmente en général de longueur, de manière qu'elle ne peut plus être contenue dans l'espace qu'elle occupait dans son état naturel : elle prend dès lors un cours tortueux, et lorsque les parties environnantes ont une texture lâche, ces circonvolutions sont quelquefois repliées les unes sur les autres comme celles de l'intestin, et forment une tumeur variqueuse. On a comparé ces paquets, pour l'aspect extérieur, à des amas de sangsues.... Le sang se coagule quelquefois dans la veine dilatée, et la tumeur devient dure, enflammée, très douloureuse. Le coagulum est ensuite absorbé; mais les membranes épaissies de la veine et les parties environnantes forment une tumeur qui peut s'enflammer et qui occasionne une vive douleur. » F. Ribes se rapproche d'Hodgson, en attribuant au système veineux le rôle que Ledran fait jouer au système artériel. En disséquant la veine mésentérique sur les cadavres de sujets affectés d'hémorrhoïdes, cet anatomiste a vu des ramifications de cette veine se terminer dans des kystes sanguins. Cette veine étant détachée, les hémorrhoïdes appendaient à ses divisions comme des grains de raisin à leur pédoncule commun.

Dans ses *Leçons orales*, Dupuytren dit que « la muqueuse, de couleur violacée, recouvre les bourrelets hémorrhoïdaux internes qui forment dans le rectum une espèce de cloison. Ils présentent entre eux des sillons qui facilitent leur isolement et que l'inflammation fait quelquefois disparaître; le tissu même de cette membrane offre des renflements veineux comme des têtes d'épingles. La muqueuse enlevée, on aperçoit les fausses membranes organisées, ou une tunique cellulaire; enfin la membrane musculeuse constitue la tunique la plus externe. Des rameaux artériels volumineux sont souvent appliqués sur ces bourrelets. »

Les hémorrhoïdes externes qui forment une espèce de couronne autour de l'anus, sont composées : 1° à l'extérieur, en grande partie par le rectum; un peu par la peau; 2° par les fausses membranes qui souvent existent dans les bourrelets internes, ou par la tunique nerveuse qui semble alors se continuer avec le *fascia superficialis*; 3° par le sphincter interne qui embrasse le pédicule et envoie constamment de ses fibres sur elles; 4° par les veines dilatées qui constituent les hémorrhoïdes; 5° par les filaments nerveux qui rampent à leur surface; 6° enfin par de la graisse qui est quelquefois placée entre la peau et ces tumeurs.

Digitized by Google

M. Jobert avance que les véritables hémorrhoïdes offrent à la dissection, de l'extérieur à l'intérieur, la peau ou la muqueuse épaissie ou amincie; quelquefois une fausse membrane entre le derme et la veine et le tissu sous-muqueux qui peut augmenter ou diminuer de densité, s'infiltrer, s'amincir ou devenir plus épais; les parois de la veine variqueuse à des états différents; puis on trouve le sphincter interne, dont les fibres peuvent s'allonger, invaginer les hémorrhoïdes.

M. Andral dit qu'en disséquant un grand nombre de tumeurs hémorrhoïdales vraies, on n'y trouve jamais autre chose que l'une ou l'autre des six espèces de phlébectasies dont j'ai donné les caractères en parlant des maladies des veines dans mon premier volume. Cette opinion se confond avec celle que M. Briquet a exprimée dans sa thèse. (Voyez tome II, p. 102 et suivantes.)

Ce résumé des opinions des anatomo-pathologistes prouve évidemment que la tumeur hémorrhoïdale n'est pas toujours formée des mêmes éléments anatomiques. Il est évident que l'élément veineux y est en plus grande proportion et plus souvent représenté. Il paraît aussi que le tissu artériel n'y est pas étranger, et il est constant que les tissus environnants subissent des modifications qui leur donnent des propriétés du tissu érectile. Ces modifications ont pour première origine des altérations des vaisseaux qui permettent au sang de se mettre en rapport avec les éléments environnants. Ceux-ci, par le contact de ce modificateur, prennent des propriétés qui lui conviennent. C'est ainsi que se forme la tumeur sanguine, espèce de fongus de *tumeur érectile*. Il y a, en effet, de grandes analogies entre certaines tumeurs érectiles que j'ai étudiées dans le IIe volume, et les hémorrhoïdes. Si l'on voulait tenter une division des hémorrhoïdes, on pourrait, à l'imitation de M. Lepelletier, admettre : 1° des *hémorrhoïdes érectiles;* 2e des *hémorrhoïdes veineuses*. Mais que de réserves à faire pour ne pas être compromis par les faits !

Causes. On trouve dans l'âge et les tempéraments des prédispositions aux hémorrhoïdes. L'opinion d'Hippocrate, qui prétend qu'elles ne surviennent qu'après la puberté, cette opinion, sauf quelques exceptions, est conforme à l'observation. Cependant on trouve dans le premier volume du *Journal hebdomadaire* l'histoire d'un calculeux de quinze ans, qui avait un bourrelet hémorrhoïdal très prononcé. Il sera question de ce fait à l'article *Calculs de la prostate*.

Digitized by Google

Comme les tempéraments sanguin et bilieux sont presque également prédisposés aux hémorrhoïdes, M. Lepelletier dit que le premier tempérament est favorable à celles qui sont érectiles, tandis que l'autre fait naître celles qui sont variqueuses. Celles-ci seraient plus fréquentes dans le Midi, les autres dans le Nord. Les preuves suffisantes pour étayer de pareilles distinctions manquent encore. Quant au sexe, je dirai que la grossesse et l'âge de retour prédisposent singulièrement aux hémorrhoïdes : le chiffre total des hémorrhoïdes chez les femmes doit être singulièrement grossi par ces deux circonstances. Mais si on examine les femmes en dehors de ces circonstances, il est remarquable combien peu on trouve de ces tumeurs. J'ai fait cette remarque pendant deux ans dans le service que je dirigeais à Lourcine (1839).

Symptômes. Voici d'ailleurs les symptômes communs aux deux espèces. Les tumeurs occupent la marge de l'anus, *hémorrhoïdes externes*, ou l'intérieur du rectum, presque toujours vers sa fin, *hémorrhoïdes internes*. Le plus souvent ces tumeurs sont multiples; leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un œuf. Les *externes* sont recouvertes soit par la muqueuse, soit par la peau; les *internes*, toujours par la muqueuse. Les hémorrhoïdes sont dures et douloureuses au toucher, ou molles, fluctuantes, indolentes; la couleur varie du rouge au violet sombre à la teinte bronzée; quant à la forme, elles sont quelquefois hémisphériques, quelquefois inégales. Ces tumeurs sont à large base; si elles ont un pédicule, il appartient à un allongement de la muqueuse qui est dû à l'action qui semble vouloir les expulser lentement et progressivement de l'intérieur à l'extérieur. Leur surface est tantôt lisse, polie, surtout à leur naissance; tantôt rugueuse, moriforme. Lorsqu'elles sont tout-à-fait en dehors de l'ouverture anale, les froissements des vêtements, des siéges les irritent et peuvent les enflammer. Elles déterminent un prurit, une gêne, une titillation, un malaise habituels qui peuvent s'accroître au point d'empêcher le malade de s'asseoir sur un siége ordinaire: alors aussi le malade se tient difficilement debout, et la marche est difficile et douloureuse. Quand les hémorrhoïdes sont dans l'ouverture même de l'anus, elles font l'office de corps étranger; le ténesme, des besoins sans cesse renaissants d'aller à la selle se manifestent. Elles produisent enfin une rétention de matières fécales, puis un effet opposé: ainsi il y a quelquefois sortie involontaire des gaz, des matières liquides surtout; car le sphincter

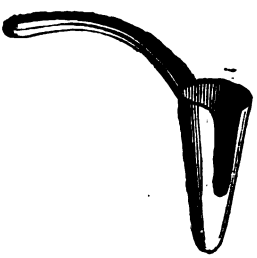
Digitized by Google

est pour ainsi dire fatigué par la dilatation continuelle qu'il éprouve, il ne peut plus lutter avantageusement contre les efforts violents et réitérés de la défécation. C'est surtout quand les hémorrhoïdes sont placées au-dessus de l'ouverture anale que les symptômes de l'existence d'un corps étranger se manifestent : sentiment de pesanteur habituelle vers le périnée ou vers le coccyx, besoin de l'excrétion alvine, surtout après qu'elle vient de s'effectuer, comme si des matières fécales occupaient encore le rectum ; chez certains malades, ce sont là les seuls symptômes de ces hémorrhoïdes ; chez d'autres, elles deviennent douloureuses, provoquent une espèce de réaction vers le rectum et des muscles accessoires de la défécation, et elles sont portées au dehors. C'est alors que leur étranglement est arrivé, et il n'est pas toujours facile de les réduire. C'est dans ces efforts que la muqueuse du rectum subit ce déplacement que j'ai étudié dans un autre article.

On reconnaît les hémorrhoïdes par la simple inspection si elles sont *externes ;* le doigt et les spéculums que je représente ici (fig. 84 et 85) sont nécessaires quand elles sont *internes*. Le premier spéculum est à deux valves et représenté à demi ouvert. Il y a dans la structure des hémorrhoïdes, dans leur marche, dans les phénomènes qu'elles présentent, des différences qui ont porté les auteurs à établir des espèces : ainsi on a parlé d'hémorrhoïdes sèches ou avec flux, et, comme je l'ai dit, M. Lepelletier, dans ces derniers temps, les a distinguées en tumeurs érectiles et tumeurs variqueuses (1). Ces distinctions, surtout la dernière, ont des motifs ; mais elles ne peuvent avoir qu'une utilité bornée, et elles demandent, pour être justifiées, des développements que je ne puis me permettre ici.

Fig. 84.

Fig. 85.



Un phénomène que je dois maintenant étudier avec quelques détails, c'est le *flux hémorrhoïdal*, qu'il ne faut pas confondre avec

(1) Voyez la thèse de concours de M. Lepelletier, à laquelle cet article doit beaucoup.

Digitized by Google

tout écoulement de sang provenant du rectum, écoulement qui peut ressembler à celui qui se fait par le nez, c'est-à-dire par simple exhalation, avec l'entérorrhagie traumatique, enfin avec une forme de flux dysentérique. Le flux réellement hémorrhoïdal est lié à l'existence des tumeurs hémorrhoïdales comme une fonction est dépendante de son organe.

Le flux hémorrhoïdal s'annonce presque toujours par des phénomènes qui constituent ses *prodromes*. Ces phénomènes se manifestent sur la localité et ailleurs : ainsi les tumeurs se gonflent et deviennent plus dures ; elles sont le siége de titillations, de démangeaisons, et parfois d'élancements passagers. Il y a des pesanteurs de l'anus, et les autres symptômes déjà exposés augmentent d'intensité. Les phénomènes sympathiques sont : un engourdissement général, un malaise universel, un état d'apathie ou d'irritabilité. Les membres inférieurs sont pris de crampes ; le malade éprouve un sentiment de tension dans les hypochondres ; il y a des borborygmes, de l'anorexie. A ces phénomènes se joignent l'assoupissement, les tintements d'oreilles, des vertiges, la plénitude, l'accélération du pouls. Voilà les prodromes qu'on a observés, mais qui ne se manifestent pas toujours en aussi grand nombre et d'une manière aussi tranchée que dans les livres. Comme le flux menstruel, le flux hémorrhoïdal peut s'établir sans préludes.

Le sang ne sort pas toujours de la même manière, il n'a pas toujours le même aspect ; sa quantité varie aussi : il commence le plus souvent par un suintement qui augmente jusqu'au troisième jour, et de là il va en décroissant ; il tarit vers le cinquième ou le sixième jour pour revenir ensuite à des époques qui ont fait comparer ce flux au flux menstruel. Il arrive quelquefois que le sang fait irruption, et qu'il coule par jet continu comme après la phlébotomie. Le sang a tantôt les caractères du sang artériel, tantôt il paraît veineux ; il peut aussi être un mélange de ces deux sangs : cette circonstance n'est pas indifférente dans la question d'anatomie pathologique que j'ai agitée en commençant cet article ; elle confirmerait l'opinion la plus sage, celle qui veut que l'élément artériel et l'élément veineux entrent également dans la composition des tumeurs hémorrhoïdales. Quelquefois, au lieu de sang, c'est une humeur blanchâtre, un pus séreux qui constitue le flux. Il est rare alors qu'il n'y ait pas complication.

La quantité de sang est variable comme celui des règles. Quand

Digitized by Google

il en sort une quantité modérée, et d'une manière un peu rapide, le soulagement est rapide aussi ; le malade voit bientôt disparaître les phénomènes signalés sous le nom de prodromes. Mais il arrive aussi que le flux prend le caractère d'une vraie hémorrhagie. Lieutaud, Hoffmann, citent des faits qui prouvent que les hémorrhoïdes ont pu fournir une quantité de sang vraiment prodigieuse. Faut-il croire Tissot, qui dit, dans une *lettre* à Zimmermann, qu'une femme rendit tous les jours dix-huit onces de sang par les veines hémorrhoïdales pendant un an ? De pareils faits me paraissent moins fabuleux depuis que j'ai vu, avec mon confrère M. de Lasalsède, un homme qui a eu pendant douze jours une hémorrhagie nasale des plus abondantes sans que sa santé paraisse avoir été le moins du monde altérée. Dans le plus grand nombre de cas, ces flux hémorrhoïdaux immodérés sont de vraies complications qui jettent le malade dans le marasme, surtout quand ils se répètent. Quand le flux est modéré, il peut opérer des cures de maladies qui ont souvent résisté à une foule de moyens. On sait qu'Hippocrate a dit que si des hémorrhoïdes ou des varices s'ouvrent aux fous, ils sont guéris de leur folie. Saviard, M. Récamier, et bien d'autres praticiens citent des faits très remarquables de cures attribuées au flux hémorrhoïdal.

La suppression du flux hémorrhoïdal a souvent aggravé des maladies existantes et en a fait naître quelquefois de nouvelles. Il se passe, en effet, chez l'homme qui cesse d'avoir ce flux ce qu'on observe chez la femme à l'âge de retour. Les dangers attribués à la cessation du flux hémorrhoïdal seront rappelés quand il sera question des indications et contre-indications fournies par les tumeurs hémorrhoïdales.

Le vrai flux hémorrhoïdal n'existe pas sans tumeurs ; mais les tumeurs peuvent exister sans flux. Ainsi il se fait de temps en temps des turgescences vers le rectum qui sont sans écoulement de sang ; quelquefois même ces turgescences sont périodiques. En effet, pendant trois, quatre, cinq ans, un sujet peut présenter, tous les mois, un développement plus considérable des tumeurs qui sont le siége d'une espèce de dureté érectile d'une sensibilité vive, sans écoulement ni sanguinolent ni autre. Ce sont là de vraies hémorrhoïdes sèches.

Le développement des tumeurs, leur flux peuvent être continus, intermittents, rémittents, périodiques. Les causes productrices ont une grande influence sur cette marche. Ainsi, quand la cause est

Digitized by Google

continue, physique, matérielle, l'effet doit être continu; en effet, les hémorrhoïdes causées par des compressions présentent ce caractère. Quand c'est sous l'influence d'une surexcitation locale ou d'un état pléthorique que l'état hémorrhoïdal s'est constitué, on voit apparaître la marche et la forme d'accès, et si des causes plus générales agissent, comme le climat, les saisons, on voit apparaître la périodicité.

Les complications des hémorrhoïdes sont pour ainsi dire inhérentes aux tumeurs elles-mêmes, ou bien elles viennent d'un état de l'anus, du rectum, des organes voisins ou plus éloignés. Ainsi le trop grand développement des tumeurs, leur nombre trop considérable, leur inflammation, leur suppuration peuvent produire souvent des causes aggravantes. Il peut y avoir fissure de l'anus et hémorrhoïdes; c'était le cas d'un savant professeur de la faculté, qui, heureusement, pour les vrais amis de notre art et les hommes de bien, a été guéri par une opération.

Les abcès, les fistules à l'anus, la chute du rectum, sont des complications déjà connues de ceux qui ont lu les articles précédents; elles ne sont pas faciles à lever. Il est encore plus difficile de combattre les complications qui sont dues à des affections de la prostate, de la vessie, et du reste de l'appareil urinaire. Les calculs vésicaux, au contraire, constituent, dans le plus grand nombre de cas, une complication facile à lever : ainsi la taille et la lithotritie peuvent, dans de pareils cas, être le moyen curatif des hémorrhoïdes. J'ai déjà parlé de la trop grande abondance du flux hémorrhoïdal qui pouvait devenir complication en épuisant les forces du malade.

Les hémorrhoïdes peuvent diminuer peu à peu de volume, subir une espèce de résolution qui les fait disparaître en partie ou en totalité : il reste souvent un bouton allongé, décoloré, flétri. Il est des cas où, une fois développées, les hémorrhoïdes sont entretenues par des dispositions locales : ainsi l'accumulation des matières fécales, un état hypersthénique de l'anus, des lésions que j'ai considérées comme des complications. Quelquefois, au lieu de disparaître ou de se flétrir, les hémorrhoïdes dégénèrent et deviennent cancéreuses.

Diagnostic. Il y a entre les hémorrhoïdes et les autres maladies du rectum, entre ces tumeurs et les maladies des organes voisins, des analogies qui peuvent obscurcir le diagnostic. Depuis l'usage

Digitized by Google

plus fréquent du spéculum, depuis le soin extrême qu'on met à explorer le rectum, la vessie, le vagin et la matrice, ces ténèbres se sont dissipées, et aujourd'hui, après le tableau que j'ai fait des hémorrhoïdes, je n'ai qu'à signaler les maladies qu'on peut confondre avec elles pour compléter leur diagnostic.

Dans le diagnostic des hémorrhoïdes, il y a deux choses à considérer : les tumeurs et le flux hémorrhoïdal. Les maladies qui peuvent être confondues avec les tumeurs hémorrhoïdales sont d'autres tumeurs de l'anus, du rectum ou des organes environnants. Ainsi les végétations vénériennes, les polypes, des tumeurs enkystées non sanguines, les abcès, les divers prolapsus du rectum ; un développement de la prostate, une maladie de la vessie, un calcul chez l'homme ; une maladie du corps ou du col de la matrice chez la femme ; des polypes de cet organe, les tumeurs dans la paroi recto-vaginale. Toutes ces maladies sont liées par un enchaînement de symptômes qu'on débrouillera pour peu qu'on soit averti de la possibilité d'une méprise, et qu'on se soit exercé au diagnostic. Il en est de même des erreurs que peuvent faire commettre les écoulements de sang par l'anus, qu'on peut confondre avec le flux hémorrhoïdal, tel que celui qui est produit par une simple exhalation, une blessure, par une dégénérescence, enfin le mélœna et la dysenterie. En remontant aux causes de ces maladies, en notant les caractères de leur marche, et les phénomènes autres que la sortie du sang ; en comparant tout cela aux symptômes des hémorrhoïdes, on découvre bientôt la vérité.

Pronostic. Le pronostic des hémorrhoïdes n'est pas grave, en général ; bien plus, il est des cas où ces tumeurs ont pu être considérées comme un bienfait, et au lieu de les détruire, on a voulu, au contraire, dans certains cas, chercher à les faire naître. D'ailleurs, pour établir le pronostic d'une manière complète, il faut avoir égard au flux, aux tumeurs elles-mêmes et aux complications. Parmi les tumeurs, celles qui sont internes sont plus graves que les externes ; en général, plus elles remontent dans l'intestin, plus elles sont graves. Quant au flux, il n'est pas grave, quand il se lie à un état de pléthore, à des affections viscérales qui se trouvent améliorées par l'écoulement sanguin. Mais quand la perte de sang est considérable ; quand elle est surtout produite par un état local, et que le sujet, au lieu d'être pléthorique, est débile, anémique, alors le pronostic est grave. Il est grave aussi, et il

Digitized by Google

autorise une opération, quand les hémorrhoïdes très développées, ulcérées, donnent lieu à un écoulement sanieux et abondant. Si toute complication aggrave les hémorrhoïdes, toute complication ne forme pas une indication opératoire; au contraire, il en est qui sont des contre-indications : telles sont toutes les dégénérescences du rectum, de l'anus; celles de l'utérus, du vagin chez la femme et celles de la vessie, de la prostate chez l'homme.

On le voit, il ne s'agit pas ici d'une maladie qu'il faut toujours chercher à guérir. Les faits qui prouvent la nécessité de conserver les hémorrhoïdes ne sont pas rares; Hippocrate, Galien, Raymond, Klein, Baumes, Alibert en ont cité des exemples. Il est vrai que ces faits ne sont pas tous entourés des circonstances qui établissent leur authenticité; mais il en existe assez de bien constatés pour conserver cette règle de pratique qui veut qu'on respecte certaines hémorrhoïdes. M. de Larroque, dans son *Traité des hémorrhoïdes*, cite l'observation suivante: « Une dame, avant d'arriver à l'âge de puberté, avait tous les symptômes de la phthisie pulmonaire; mais dès que les menstrues se manifestèrent, tous les accidents de la phthisie disparurent. Plusieurs médecins avaient cependant considéré cette femme comme atteinte d'une affection mortelle. Tant que dura l'écoulement périodique, rien ne survint du côté de la poitrine; ce ne fut que vers l'âge de quarante-cinq ans, époque de la cessation de ce flux, que les symptômes de la phthisie se déclarèrent de nouveau. Heureusement pour la malade qu'il lui survint un flux hémorrhoïdal supplémentaire qui emporta encore les accidents thoraciques. De soixante à soixante-dix ans, le flux hémorrhoïdal cessa, la phthisie revint, et la malade succomba. »

Traitement. Les indications offertes par les hémorrhoïdes ne sont pas toutes relatives à la médecine opératoire. Il faut souvent, avant et au lieu de détruire les tumeurs, chercher à modérer le flux hémorrhoïdal, ou chercher à pallier les accidents relatifs aux tumeurs mêmes. Pour modérer le flux hémorrhoïdal, il faut bien connaître sa cause. S'il était dû à une compression qu'on pût lever, on devrait le faire. Quand il se lie à un état général, soit à la pléthore, ce qui est le plus fréquent, ou à un état scorbutique, ce qui est le plus rare, on fera intervenir l'hygiène. Dans le second cas, on rendra l'alimentation succulente, on administrera des cordiaux, des ferrugineux; dans le premier cas, on diminuera la quantité d'aliments, et on choisira ceux-ci parmi les végétaux, parmi ceux qui fournis-

Digitized by Google

sent peu de sucs nutritifs. La saignée est utile quand la pléthore est très marquée, car il serait imprudent de confier à la nature le soin entier de diminuer la masse du sang. La douleur est quelquefois assez intense pour constituer un accident; le malade ne sait quelle position garder, et s'agite; il ne dort pas, il y a ténesme; la douleur se propage vers la vessie, l'utérus. Les demi-bains, les cataplasmes, les opiacées, les lotions narcotiques calment cet accident.

Le gonflement des tumeurs hémorrhoïdales doit être combattu, par l'application des sangues ou par des scarifications pratiquées avec la lancette. Ces espèces de saignées peuvent même être faites sur les hémorrhoïdes internes quand, les malades se livrant à des efforts, les tumeurs tendent à sortir.

Quelquefois les hémorrhoïdes internes sortent et ne peuvent rentrer; c'est parce que le sphincter est trop contracté ou trop lâche. Dans le premier cas, il étrangle les hémorrhoïdes; dans le second cas, il ne peut empêcher qu'elles sortent. On tentera la réduction dans les deux hypothèses; mais l'étranglement exigera plus de temps et plus d'habileté dans l'espèce de taxis qu'il faut pratiquer, et le relâchement du sphincter nécessitera l'emploi d'un moyen capable de contenir le prolapsus des tumeurs. Quelquefois, dans les cas de constrictions fortes des sphincters, il y a impossibilité de réduire, et on est obligé de débrider l'anus.

ARTICLE VII.

Rétrécissements et dilatations de l'anus et du rectum.

Presque toutes les maladies de ces parties changent leur diamètre, leur forme. L'anus et le rectum se rétrécissent en même temps; mais le plus souvent, un rétrécissement de l'anus amène une dilatation du rectum. Ainsi, quand des hémorrhoïdes ou un spasme de l'anus rendent les selles moins fréquentes, plus difficiles, les matières fécales s'amassent dans le rectum; cette rétention dilate l'intestin qui finit quelquefois par perdre sa forme cylindrique, il ressemble à un vrai réservoir comme la vessie. Les développements considérables de la prostate peuvent avoir un effet analogue; elles augmentent surtout le diamètre transversal de l'intestin. Un coït impur, souvent répété, peut amener un élargissement de l'intestin en même temps qu'un relâchement de l'anus. Il y alors dilatation simultanée et de l'intestin et de son orifice. Les invaginations dont j'ai

Digitized by Google

parlé dans un précédent article peuvent amener le même résultat. Le colon s'invagine dans le rectum, qu'il dilate, puis l'anus laisse passer l'intestin invaginé. D'abord le ressort du sphincter résiste à l'action excentrique des parties qui le traversent; mais le prolapsus se répétant trop souvent, le ressort de ses fibres s'use, et l'anus reste large ou très facilement dilatable. Il est d'ailleurs des sphincters qui cèdent plus facilement les uns que les autres; car sous le rapport de la dilatabilité de l'anus, il y a beaucoup de variétés. Le chirurgien peut constater ces différences par le degré plus ou moins grand de facilité qu'il trouve à pratiquer le toucher du rectum. Il est des individus dont l'anus résiste vigoureusement à l'introduction d'un seul doigt, tandis que chez d'autres, à la vérité moins nombreux, on peut, en très peu de temps, en introduire plusieurs, et enfin la main tout entière. Chez ces individus, les hémorrhoïdes internes sortent facilement, et la chute de la muqueuse du rectum est fréquente. Ces variétés ne sont pas toutes originelles; il en est beaucoup qui sont dues aux habitudes.

Le traitement de ces altérations dans les dimensions de l'anus et du rectum est difficile. Il en sera parlé en indiquant les moyens de traiter la chute de la muqueuse du rectum, de traiter les fissures à l'anus, les hémorrhoïdes, etc. Ces dernières maladies, en rétrécissant l'anus, peuvent, comme je l'ai dit, devenir cause de dilatation du rectum. En les guérissant, l'anus reprend le ton et le diamètre naturel, le rectum peut revenir sur lui-même, et recouvrer son calibre normal.

Les rétrécissements du rectum ont la plus grande analogie avec ceux de l'urètre; ils sont dus à divers états d'induration, d'épaississement des membranes de cet intestin, ou à des développements anormaux, à des tumeurs environnantes. Ces lésions ont pour conséquence nécessaire un changement dans la forme, la direction, le diamètre de l'intestin; toutes circonstances qui apportent des dérangements dans la défécation qui est presque toujours rendue difficile, et quelquefois impossible.

Les rapports antiphysiques qui produisent des dilatations sont aussi des causes de ces rétrécissements. L'anus, le rectum, vivement excités par le coït, changent de manière d'être; la muqueuse s'épaissit, devient plus consistante, et revêt plusieurs des caractères de celle du vagin. Elle se déplace et elle est refoulée en haut; de là un développement plus considérable de l'espèce de valvule que l'on

Digitized by Google

trouve au-dessus du sphincter, laquelle devient souvent le siége du rétrécissement. Quand à l'action physique se joint une action morbide, quand il y a inflammation syphilitique de l'intestin, les chances pour un rétrécissement sont plus nombreuses. Ainsi un coït impur peut, comme je l'ai dit tantôt, causer une dilatation de l'anus et du rectum, ou un rétrécissement de ces parties. Ce dernier effet a surtout lieu quand le coït a donné lieu à une blennorrhagie par l'anus, qui n'a pas été d'abord traitée, ou qui l'a été sans succès. Quelquefois le rétrécissement de l'anus et du rectum a lieu sans qu'on puisse en soupçonner la cause; rien ne l'explique, ou pour l'expliquer, il faut invoquer les causes internes, les prédispositions. La plupart de ces rétrécissement sont très graves, car il est rare qu'ils ne tiennent pas à une dégénérescence.

Les rétrécissements peuvent être à toutes les hauteurs. Il en est, en effet, qui portent sur les sphincters, tandis qu'il en existe qu'on peut à peine atteindre avec le doigt introduit dans l'intestin; les plus fréquents sont produits par une exagération des rétrécissements naturels du rectum : ainsi on les trouve à l'anus, un peu au-dessus, au niveau de la valvule que j'ai déjà indiquée, puis sur le rétrécissement qui établit la limite entre le rectum et la fin de l'S iliaque du colon. C'est là qu'existait le rétrécissement qui a fait périr Talma.

Les rétrécissements du rectum sont généralement étendus, multiples; c'est alors, surtout, que la direction de l'intestin est changée. Dans le premier degré, quand on explore l'anus au lieu de cette grande souplesse que présente d'ordinaire sa face interne, le doigt rencontre une surface inégale qui résiste comme celle du vagin chez les femmes qui ont longtemps et fréquemment usé du coït; puis on rencontre des points saillants, des espèces d'éperons qui résistent davantage; après les avoir franchis, on semble avoir pénétré dans une cavité qui n'est plus dans la direction de l'intestin; enfin, une autre valvule se présente, et quelquefois une troisième. Quand ce sont des tumeurs formées dans les parties environnantes qui ont produit le rétrécissement, il n'y a qu'aplatissement de l'intestin; son calibre n'est pas diminué, il n'est que déformé, et quand il n'a pas encore participé à la lésion qui produit la tumeur, le toucher constate la même souplesse de la muqueuse rectale.

La défécation est nécessairement entravée par ces rétrécisse-

Digitized by Google

ments; elle le serait par un changement de forme, de direction seulement de l'intestin; elle l'est à plus forte raison par les vrais rétrécissements. Les retards apportés dans cette fonction la rendent toujours plus difficile, puisque les matières fécales s'endurcissent par leur séjour dans le dernier intestin; au lieu d'avoir la forme cylindrique, elles sont rubanées, et toujours le ruban devient plus petit. Enfin, peu à peu, si le mal va continuellement en augmentant, les selles liquides, seules, peuvent être rendues; peu à peu le ventre se ballonne, et arrive enfin un instant où, la retention étant complète, surviennent les symptômes dont j'ai déjà parlé, et qui sont absolument ceux de l'étranglement herniaire. Je serai obligé de revenir sur l'histoire de ces rétrécissements en parlant du cancer du rectum. Là, je compléterai l'article qu'on vient de lire.

CHAPITRE III.

LÉSIONS ORGANIQUES DE L'ANUS ET DU RECTUM.

L'anus et le rectum peuvent offrir toutes les lésions organiques observées dans les autres organes: on les trouve sous la forme de tumeurs, de plaques, de brides. Je ferai un article général pour les lésions organiques peu fréquentes, et je traiterai à part du cancer.

ARTICLE Ier.

Dégénérescences vasculaires, stéatomateuses, fibreuses. — Polypes.

J'ai observé une tumeur vasculaire chez une petite fille qui en portait une seconde absolument semblable sur l'épaule. Elles étaient toutes deux pédiculées; elles ressemblaient à une cerise. Je les ai extirpées, et j'ai cautérisé la plaie avec le nitrate d'argent. Les deux opérations ont réussi et n'ont pas été suivies de récidives. Quand ces tumeurs sont ainsi pédiculées, l'extirpation, la ligature sont rationnelles. Mais si elles étaient à base très large, si le tissu érectile était pour ainsi dire disséminé, ces opérations ne conviendraient pas, car l'hémorrhagie serait fort à craindre; les aiguilles, les sétons, la cautérisation, enfin tous les moyens indiqués dans mon IIe volume échoueraient aussi et seraient d'ailleurs d'une application difficile, surtout si la dégénérescence vasculaire gagnait

Digitized by Google

l'intestin lui-même et ne se bornait pas à l'anus. Ces difficultés et ce peu de chances de succès des opérations devront souvent arrêter la main du chirurgien, surtout quand le malade sera encore jeune, car on pourra voir dans le IIe volume plus d'un cas de guérison spontanée.

Les stéatomes ne sont pas très rares au périnée; ils le sont au contraire à l'anus même, et la tumeur graisseuse observée par M. Belmas était voisine de l'anus, mais non tout-à-fait à l'anus comme on l'a imprimé. Elle existait chez un calculeux; elle empêcha de pratiquer la taille périnéale et obligea l'opérateur de recourir à la taille sus-pubienne.

Schmucker, dans ses *Observations chirurgicales*, Louis, dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, parlent de calculs dans l'épaisseur des parois du rectum. Si ces faits étaient examinés au jour d'une bonne anatomie pathologique, on aurait trouvé qu'il s'agissait surtout d'une matière crétacée, reste de tubercules suppurés.

M. Velpeau a enlevé une tumeur fibreuse du volume d'un œuf qui occupait la couche sous-cutanée du côté droit de l'anus.

Les dégénérescences qui prennent la forme de tumeur doivent être extirpées. Elles le sont facilement et sans danger, quand elles proéminent extérieurement et qu'elles n'envahissent pas le rectum. Quand au contraire elles marchent vers le bassin, les difficultés du manuel augmentent, et les chances du succès diminuent.

Les polypes du rectum sont peu fréquents: cependant on les observe plus souvent là que sur tous les autres points du tube digestif Ils sont tantôt simples, tantôt multiples; ils sont ordinairement lisses, réguliers; ils sont pédiculés ou à large base; c'est dans ce dernier cas qu'ils peuvent être confondus avec des hémorrhoïdes internes, d'autant mieux qu'ils ont généralement une apparence vasculaire. Cette erreur de diagnostic était beaucoup plus fréquente quand les explorations de l'anus étaient moins fréquentes, moins méthodiques. Ces tumeurs occupent ordinairement la partie du rectum la plus voisine de l'anus, elles peuvent aussi naître à une hauteur assez considérable pour que le doigt puisse à peine les atteindre. J'ai observé trois fois ces polypes chez des femmes lymphatiques; une surtout était très grasse. Le polype était petit, cylindrique; on eût dit un ver appendu à la fin du rectum; il était demi-transparent comme la corne fondue. Je le saisis avec des pinces à pansement, il se laissa facilement écraser; il n'est plus

Digitized by Google

revenu. Ce cas est très remarquable au point de vue du diagnostic; car cette femme souffrait beaucoup du côté du coccyx, et comme elle avait reçu dans cette région des coups de pieds de son mari, elle me fut désignée comme fournissant un exemple de luxation du coccyx.

M. Gerdy a signalé l'épaisseur de la membrane muqueuse sur le point d'insertion. Dans la thèse de concours de ce professeur, il est aussi question d'une ulcération qui avait creusé un polype dans lequel se trouvaient des matières fécales endurcies.

On comprend que dans les premiers temps les polypes de cet organe doivent donner lieu à des phénomènes qu'on confond avec ceux fournis par des vers, par des corps étrangers, et surtout des hémorrhoïdes internes. Ce sont des pesanteurs, des embarras, des douleurs absolument comme je l'ai dit à l'article *Corps étrangers*. L'extirpation, comme je l'indiquerai pour les hémorrhoïdes internes, est préférable à la ligature, qui cependant est préférée par quelques praticiens si on a constaté un état vasculaire du polype. Quand les polypes sont petits, muqueux comme celui dont je viens de parler, on pourra en faire l'arrachement. L'écrasement serait peut-être le procédé le plus prudent, si le polype était trop élevé pour rendre la ligature trop difficile et même dangereuse.

ARTICLE II.

Cancer du rectum.

Causes. L'hérédité a rarement été notée par les auteurs. Les personnes qui restent longtemps assises sont sujettes au cancer du rectum, comme le prouvent beaucoup d'observations. En effet, cette habitude favorise l'état congestif du côté du bassin, et la constipation ici est considérée comme cause, tandis qu'elle a été notée comme effet. White, surtout, croit beaucoup à la constipation comme cause, et signale la courbure de l'intestin rectum au moment où il plonge dans le petit bassin, courbure contre laquelle le boudin fécal viendrait heurter. O'Beirn parle de l'état du resserrement naturel de la partie supérieure du rectum et de l'influence congestive des drastiques sur les intestins. On le voit, la plupart de ces causes se rapportent aussi bien au cancer qu'aux autres rétrécissements du rectum. Cette confusion apparaîtra dans tout ce paragraphe. Il n'y a qu'une cause véritable du cancer, et celle-là je ne

Digitized by Google

puis la connaître. Il faut donc que je me résigne à exposer les circonstances qui favorisent son développement, afin d'être de quelque utilité à la prophylaxie.

Les dégénérescences du rectum sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Chez la femme, le rectum a des rapports d'intimité avec les organes génitaux qu'on n'observe pas chez l'homme, et plus souvent que chez l'homme il y a une usurpation de fonction de la part de l'intestin, qui lui est préjudiciable. Dans la grossesse, l'accouchement, à l'époque critique, le rectum est, chez la femme, soumis à des pressions, à des excitations, à des congestions qui peuvent singulièrement aider le développement d'une dégénérescence, pour peu que le germe soit quelque part dans l'économie. Si on réfléchit à la fréquence des dégénérescences de la matrice, on verra facilement que le cancer consécutif du rectum, chez la femme, doit être beaucoup plus fréquent que chez l'homme, qui, comme je l'ai déjà dit, est très rarement affecté du cancer des parties qui ont dans le bassin des rapports intimes avec le rectum, rapports qui peuvent transmettre la dégénérescence.

Bayle, en parlant de la fréquence du cancer selon le sexe, dit qu'elle est égale chez l'homme et chez la femme. Cependant, sur huit observations bien authentiques et avec autopsies rapportées dans son ouvrage, on trouve sept hommes et une seule femme affectés du vrai cancer rectal!

En résumé, si on veut parler des dégénérescences en général, la question de fréquence est résolue : ce sont les femmes qui en présentent le plus. Mais si on spécifie davantage, la solution est moins facile, et, pour l'avoir complète, il faut attendre de nouveaux faits, et noter avec soin ceux de Bayle, qui semblent militer en faveur de la fréquence du vrai cancer chez l'homme. Il faudra surtout des autopsies, car, pendant la vie, on confond facilement le cancer avec des rétrécissements fibreux.

La question de l'âge est moins complexe. C'est après quarante ans qu'on observe le plus de cancers du rectum. Bayle note cinquante ans, cinquante-quatre, trente-sept. Un cancer gélatiniforme observé par M. Cruveilhier est venu à l'âge de trente ans. Il y a des exceptions qui portent bien plus bas l'âge des cancéreux; ainsi Mayo a observé un cas de squirrhe ulcéré chez un individu de douze ans.

Dans les recherches des causes plus directes du cancer du rec-

Digitized by Google

tum, il faudrait passer en revue toutes les maladies du rectum, de l'anus, et toutes celles du bassin et du périnée. L'anatomie, la physiologie du rectum expliquent la fréquence des maladies de cet organe, et donnent aussi une raison de la gravité qu'elles prennent en dégénérant.

Pour terminer ce paragraphe, je transcrirai les considérations par lesquelles M. Bégin a commencé un mémoire remarquable sur les *maladies graves de l'anus et du rectum*. Ces considérations auront non seulement une utilité étiologique, mais elles pourront encore servir de supplément à ce que je dirai sur le siége des cancers.

« Il est un fait à la fois curieux et important en physiologie pathologique : c'est que, de toutes les parties du canal alimentaire, celles qui présentent des rétrécissements sont le siége le plus ordinaire des altérations les plus graves. Sur ces points rétrécis on observe des vaisseaux plus nombreux, une sensibilité plus vive, des follicules plus développés, une texture plus épaisse, une organisation plus compliquée. Là existent des points d'arrêt nécessités par les élaborations qui doivent s'opérer immédiatement au-dessus, là s'exercent des frottements plus rudes, et quelquefois une sorte d'action élective organique qui accorde ou refuse le passage aux substances étrangères, selon les qualités qu'elles possèdent ou qu'elles ont acquises. S'agit-il d'inflammation aiguë? les endroits que j'indique sont ceux où elles se développent avec le plus d'intensité, ou accompagnées de symptômes spéciaux ordinairement graves. Est-il question de phlegmasies chroniques ou de ces irritations qui, après avoir envahi de grandes surfaces, se limitent et se concentrent sur certaines parties? soyez assuré que vous les trouverez encore presque toujours dans les régions que je signale, déterminant les altérations de structure, les désorganisations profondes, les créations des produits morbides variés, qui sont si souvent le désespoir du médecin.

» Ces points culminants en pathologie, si l'on peut s'exprimer ainsi, sont l'isthme guttural, l'entrée de l'œsophage, le cardia, le pylore, les environs de la valvule iléo-cœcale, enfin la partie inférieure du rectum et l'anus. Étudiez les observateurs, ouvrez les cadavres, et vous trouverez que la très grande majorité des affections morbides, et surtout des maladies chroniques du canal alimentaire, ont sur ces points leur origine et leur siége principal ou exclusif.

Digitized by Google

» La terminaison inférieure du gros intestin et l'ouverture qui lui fait suite sont pourvues de toutes les conditions qui doivent rendre leurs lésions à la fois très fréquentes et très graves. Un double anneau musculeux entourant l'anus ne s'entr'ouvrant que par le développement de puissances supérieures; des follicules muqueux considérables destinés à favoriser le glissement des matières à expulser; une sensibilité vive souvent mise à l'épreuve; des vaisseaux artériels multipliés, et des veines formant un plexus parfois énorme; un réservoir où s'accumulent des substances irritantes par leur volume, leur consistance ou leur composition; dans les deux sexes, le voisinage de la portion la plus active des organes génito-urinaires, dont les excitations, les congestions ou les altérations pathologiques s'étendent facilement aux organes contigus; enfin les efforts de la toux, de la voix, des grands mouvements musculaires qui retentissent sur la région anale, la pressent et y retiennent le sang veineux : telles sont, non pas toutes (leur énumération m'entraînerait trop loin), mais les principales circonstances de structure, de connexions et de fonctions qui rendent le rectum et l'anus si importants en pathologie.

» Ces considérations ne pouvaient manquer de frapper les esprits et d'exciter l'attention des observateurs : aussi plusieurs des maladies de la portion terminale du tube digestif, considérées autrefois comme assez rares parce qu'elles n'étaient qu'imparfaitement connues, ont-elles été plus attentivement étudiées pendant les vingt dernières années, et sont-elles devenues, depuis quelque temps, l'objet d'un intérêt général (1). »

Siége. Le cancer peut attaquer isolément tous les points du rectum. Il semble cependant affecter une préférence pour les points les plus rapprochés des deux extrémités de cet intestin. Laquelle de ces extrémités est le plus souvent affectée? Ici éclate déjà une dissidence parmi les auteurs. Une raison milite en faveur de l'opinion qui admet la plus grande fréquence des cancers de la partie supérieure du rectum : là se trouvent et les cancers qui y naissent et ceux qui, prenant origine à la fin du colon, se propagent vers la partie supérieure du dernier intestin. Des erreurs de diagnostic ont pu contribuer à grossir le chiffre des cancers de l'extrémité inférieure du rectum ; car c'est surtout là le siége des hémorrhoïdes,

(1) *Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1841, t. III, pag. 180.

Digitized by Google

des végétations, des indurations, des ulcérations vénériennes, de ces endurcissements que Bayle appelle lymphatiques. En effet, quelques unes de ces lésions peuvent, à un certain degré d'ancienneté, simuler plus ou moins les dégénérescences de mauvaise nature. Mais on peut répondre que les erreurs de diagnostic doivent être plus fréquentes encore quand la lésion attaque la partie supérieure du rectum, laquelle est bien moins accessible à nos moyens d'investigation que la partie anale. Ainsi on dira, sans doute, que certains rétrécissements fibreux, fréquents à la partie supérieure du rectum, ont été mis sur le compte du squirrhe, et cela avec d'autant plus de facilité que, même à l'autopsie, il est difficile quelquefois de distinguer ces deux affections de l'intestin. Je crois, pour mon compte, que l'erreur qui attribue au squirrhe des rétrécissements fibreux est moins fréquente que l'erreur contraire.

Une question importante à résoudre, touchant le siége des cancers, serait celle de savoir s'il envahit plus souvent la partie antérieure que les parties latérales ou la partie postérieure du rectum. On a avancé, en Angleterre (1), que c'était cette dernière partie de l'intestin qui était le plus souvent affectée. Ce serait là une circonstance heureuse. Mais les cas de cancers limités dont j'ai pris entière connaissance étaient, au contraire, à la partie antérieure du rectum, entre cet intestin et le vagin.

Dans l'intérêt de la méthode, pour bien régler la médecine opératoire, conservons la division que voici : 1° cancer de la partie supérieure ; 2° cancer de la partie inférieure du rectum. N'oublions pas cependant que la dégénérescence peut naître d'abord dans des points intermédiaires. Un illustre mort, Broussais, nous en a fourni un exemple remarquable. La nature envahissante du cancer doit faire admettre aussi *à priori* un fait qui, malheureusement, se réalise trop de fois, c'est-à-dire le peu d'égards du cancer pour les limites qu'on serait tenté de lui assigner. Il les franchit quelquefois toutes avec une rapidité incroyable. Delpech dit très explicitement : « Rarement un seul point du rectum est affecté. » Que son origine soit *supérieure*, *inférieure* ou *moyenne*, peu importe ; presque toujours le cancer marche dans tous les sens, et le rectum, qui était naguère un canal souple, contractile, à tuniques diversement organisées, pourra être représenté par une masse informe dans laquelle

(1) *Cyclopedia of practical surgery*. CANCER RECTUM, par. VII, pag. 675.

Digitized by Google

sera creusée une gouttière tortueuse et inégale. Le petit bassin lui-même peut être entièrement rempli par une masse de cette nature.

Formes. Quel que soit le siége du cancer, il ne revêt pas d'abord la même forme. La matière cancéreuse semble quelquefois infiltrée dans les éléments organiques qui entrent dans la composition du rectum. On a vu les diverses tuniques de cet intestin imbibées de suc cancéreux, ce qui imprime des modifications, surtout dans l'épaisseur et la consistance de ces tuniques : c'est là le *cancer diffus.* Un pareil cancer peut être très étendu en surface, ou bien ce sont des plaques diversement configurées qui apparaissent sur un ou plusieurs points du rectum. Ainsi, chez Broussais, le cancer paraît avoir débuté par une plaque qui semblait moulée sur le point du rectum correspondant à la prostate. On prévoit déjà que cette forme du cancer peut faire naître une erreur de diagnostic, car ces épaississements, ces indurations par plaques, peuvent très bien être confondus avec des indurations dues à une inflammation chronique, avec celles qui se lient à certaines affections syphilitiques. Quelquefois ces plaques semblent avoir subi une espèce de *transformation ligneuse*, tant leur dureté est considérable : on dirait un cartilage des plus résistants, quand on vient à inciser sur ce squirrhe. Cette forme, plus souvent observée sur la peau du sein, est beaucoup plus rare au rectum.

C'est surtout le squirrhe qui s'offre sous la forme diffuse. Si le cancer pouvait ainsi se borner à une couche superficielle du rectum, on concevrait les avantages d'une opération qui consisterait à *écorcer* cet intestin. Malheureusement, quand la couche cancéreuse est peu épaisse, elle est étendue en surface.

Au lieu d'être disséminée, la matière cancéreuse peut être déposée sur des points plus ou moins limités, et constituer, en s'agglomérant, des *masses*, des *tumeurs* différentes sous le rapport du volume et de la forme. Pour le volume, je citerai la tumeur qui envahissait le rectum d'un pieux ecclésiastique dont parle Bayle. Son grand diamètre avait 6 pouces (1). Il est des tumeurs beaucoup plus petites; ce sont alors des espèces de tubercules superficiels durs, comme on en rencontre quelquefois autour du mamelon d'un sein squirrheux. Il est de ces tumeurs qui font une saillie plus pro-

(1) Bayle, *Traité des maladies cancéreuses. Œuvres posth.*, tom. II, *Journal de méd.*, 1770.

Digitized by Google

noncée dans le rectum ; elles sont plus ou moins pédiculées, polypiformes. Celles-ci ont la plus grande analogie avec les végétations fongueuses qui sortent du col de l'utérus, dans une certaine forme du cancer de cet organe. Le plus souvent, cette dernière variété bourgeonne et s'élève sur un fond déjà cancéreux et ancien. Ces tumeurs sont ordinairement molles, rougeâtres ou noirâtres à leur surface, blanches au centre et parcourues par une infinité de vaisseaux. C'est là une variété de l'encéphaloïde. Les vaisseaux sont quelquefois très nombreux et parcourent tout le rectum sous forme variqueuse.

Étendue. Le cancer envahit un côté du rectum, plusieurs points ou tous les points de la circonférence de l'intestin ; de là différents rétrécissements. On conçoit que s'il n'y a de dégénéré qu'un point de la circonférence, le rétrécissement aura des effets moins marqués sur la marche des matières que si plusieurs points sont envahis. Si tous le sont, si le cancer revêt une forme annulaire, et si l'anneau a une grande épaisseur, comme cela a lieu beaucoup plus souvent ici que dans le cas de dégénérescences fibreuses, il y aura un obstacle plus considérable qui s'opposera à la défécation. On sait que les rétrécissements de l'urètre, les hypertrophies de la prostate changent le calibre, la direction et l'étendue de ce canal. Les rétrécissements du rectum et son cancer changent aussi le calibre, la forme, la direction, l'étendue du rectum. C'est surtout le calibre de cet intestin qui est modifié Ainsi il peut être rétréci au point de ne pouvoir admettre un stylet du diamètre d'une paille, comme le dit Ruysch en parlant de son malheureux ami mort d'un squirrhe du rectum (1). L'épaississement des parois du rectum ne produit pas toujours un rétrécissement proportionnellement aussi considérable. Ainsi, j'ai observé un cas de cancer du rectum avec un épaississement qui se rapprochait beaucoup de celui cité par Ruysch ; et cependant l'intestin était loin d'offrir un pareil rétrécissement. M. Reynaud a présenté à la Société anatomique un rectum sur lequel était un épaississement squirrheux à quatre pouces au-dessus de l'anus, et il n'y avait aucune diminution du calibre de l'intestin. Cette pièce appartenait à un homme de quarante-cinq ans, qui avait eu plusieurs hémorrhagies abondantes par l'anus, et deux mois avant sa mort une diarrhée rebelle, du météorisme et une incontinence de

(1) Ruysch, *Obs. anat. et chir., obs.* 95. — Bayle, t. II, pag. 116.

Digitized by Google

matières fécales (1). Ainsi il faudra admettre des cancers du rectum plus *concentriques* les uns que les autres. Le cancer le plus concentrique est celui qu'on a appelé ailleurs *atrophique* et qui a pour effet de réduire, de ratatiner les organes. Selon M. Cruveilhier, c'est là la cause de la plupart des rétrécissements fibreux du rectum. Après avoir lu une bonne partie de ce qui a été écrit dans ces derniers temps sur les rétrécissements du rectum, il m'est resté la conviction que plusieurs d'entre eux qui ont été considérés comme dus à la dégénérescence fibreuse, pouvaient plutôt être rapportés au cancer atrophique, qu'on devrait appeler ici *cancer concentrique*.

Si la matière cancéreuse se répandait également sur tous les points, en perdant de son calibre l'intestin conserverait sa direction. Il n'en est point ainsi, car le cancer étant irrégulièrement semé, ses couches sont d'une épaisseur inégale, ce qui change la forme, la direction du canal; de là des inflexions qui opposent un nouvel obstacle aux matières dont la marche est déjà retardée par la diminution du calibre de l'intestin. Quand un seul point du canal est malade, son changement de direction peut ne pas avoir les mêmes inconvénients. En effet, en face de l'épaississement des parois ou d'une tumeur née entre ces parois ou derrière elles, vis-à-vis le cancer enfin, les tuniques intestinales restées saines conservent leur souplesse, elles se laissent donc distendre, dilater. Alors les matières sont quelquefois si peu retardées dans leur marche, la constipation est si peu prononcée, que le malade porte longtemps cette espèce de cancer sans s'en douter.

Ces changements dans la direction pourraient peut-être expliquer les moins grandes difficultés éprouvées par certains malades quand pendant la défécation ils prennent des positions inusitées et quelquefois bizarres. Ces déviations du rectum sont importantes à connaître pour le diagnostic. On conçoit qu'un canal dont les inflexions naturelles sont changées doit être plus difficile à explorer. C'est surtout la lumière supérieure de l'intestin qui est difficile à rencontrer. Quelquefois le doigt du chirurgien pénètre dans une masse cancéreuse creusée par l'ulcération, quand il croit parcourir encore le rectum. La sonde exploratrice et la sonde à injection pourront faire fausse route, soit qu'on tente d'atteindre l'S iliaque du colon par l'anus, soit qu'après avoir ouvert le gros intestin sur un point

(1) *Bulletin de la société anat.*, 14e année, pag. 38.

Digitized by Google

de l'abdomen, on veuille parvenir au rectum de haut en bas. Le développement irrégulier du cancer et un certain rapport dans les masses dues à son agglomération peuvent produire un effet opposé à celui que je viens de signaler, c'est-à-dire qu'au lieu de la rétention on observera alors l'incontinence des matières fécales. Ainsi j'ai observé à l'hôpital Necker une vieille femme qui portait à la partie inférieure du rectum un cancer *non encore ulcéré;* il formait deux tumeurs principalement saillantes en avant et en arrière. Ces tumeurs faisaient subir une dilatation latérale à l'anus qui l'empêchait de retenir les matières fécales. Ici le développement irrégulier du cancer donnait lieu à l'incontinence des matières fécales; tandis que plus haut ou autrement disposé, le cancer aurait donné lieu à la rétention. Je reviendrai sur cette particularité.

Il est souvent difficile de dire quel est l'élément anatomique primitivement affecté. Quand on en vient à l'autopsie, on trouve ordinairement tous les tissus qui entrent dans la composition du rectum plus ou moins compromis. Cependant on peut quelquefois les distinguer encore, soit à la persistance et même à l'exagération de quelques uns de leurs caractères, soit à la manière différente dont ils subissent la dégénérescence. On aura des preuves de ce que j'avance ici dans une observation de M. Cruveilhier, et dans une autre qu'on lit dans Bayle. Cependant, quand par exception on ne trouve qu'un élément anatomique atteint par le cancer, c'est le plus souvent le tissu cellulaire qui entre dans la structure du rectum ou celui qui le double. Ainsi c'est souvent le tissu sous-muqueux avec ou sans la participation de la membrane interne du rectum, c'est la couche la plus superficielle de ce tissu qui est infiltrée de matière cancéreuse, quand on observe les plaques dont j'ai parlé tantôt. Dans ces cas d'infiltration on observe quelquefois des hypertrophies des tissus qui n'ont pas encore été envahis: ainsi on a noté l'hypertrophie de la couche musculeuse; le plus souvent, au contraire, ces tissus sont frappés d'atrophie.

On est porté à admettre l'envahissement du tissu cellulaire qui double le rectum, quand le cancer se manifeste par masses, par des tumeurs volumineuses qui font plus ou moins de relief dans le rectum en conservant une large base. Alors, souvent, on trouve la répétition de ces tumeurs dans d'autres parties du bassin, lesquelles se lient ou coïncident encore avec de nouvelles masses de même nature nées dans le parenchyme du foie ou dans d'autres viscères. On

Digitized by Google

peut presque assurer alors qu'il s'agit d'un cancer encéphaloïde. Les masses cancéreuses, qu'il est surtout important d'étudier au point de vue du diagnostic et de la médecine opératoire, sont celles qui se développent à la partie antérieure du rectum. Là, elles se trouvent dans des rapports avec les voies urinaires ou avec les organes génitaux, qui peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic, et qui exigent des modifications dans les procédés opératoires quand on veut les enlever ou les détruire. Ces tumeurs présentent des différences très notables selon les sexes. Ainsi des pièces de l'appareil urinaire sont plus ou moins compromises chez l'homme, tandis que c'est le vagin et la matrice dont les fonctions sont gênées chez la femme. Ces masses cancéreuses se développent ordinairement dans le tissu cellulaire qui unit la face antérieure du rectum aux autres organes contenus dans l'épaisseur du périnée ou à la vessie et à la matrice.

Les tumeurs cancéreuses de la partie antérieure du rectum sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. J'ai sous les yeux plusieurs observations remarquables de ces tumeurs chez la femme.

Je viens d'étudier le cancer qui a son origine dans les tissus qui composent le rectum et ceux qui l'entourent immédiatement. Je n'ai pas à faire l'histoire du cancer qui, né dans d'autres organes, envahit consécutivement le rectum. Je dois cependant noter quels sont surtout ces organes. Quand il s'agit du cancer consécutif, la question de fréquence, selon le sexe, est facilement tranchée. Ainsi la fréquence du cancer de l'utérus doit indiquer *à priori* la fréquence plus grande, chez la femme, du cancer consécutif du rectum. Il y a même loin entre la fréquence du cancer du vagin et celle des voies urinaires. On pourra bientôt voir, dans mon livre, combien les cancers de la prostate sont rares. Des grandes et petites lèvres, le cancer peut même se propager à l'anus et de là au rectum. J'ai observé deux cas de cette nature à l'hôpital de Lourcine. Les mêmes organes qui communiquent le cancer au rectum peuvent très bien, par réciprocité, le recevoir de lui. Ici c'est le vagin qui a le triste privilége de fournir le plus de preuves de cette réciprocité : aussi les fistules recto-vaginales, par le cancer, sont-elles communes. Puis vient le col de la matrice et son corps. Les organes qui parcourent l'épaisseur du périnée de l'homme résistent plus longtemps à l'envahissement du cancer du rectum.

Digitized by Google

Pour établir d'une manière plus positive le pronostic et juger l'ensemble des questions que peut réclamer le cancer, il faudrait distinguer les espèces différentes que présente cette dégénérescence. Il serait utile de savoir quel est du squirrhe, de l'encéphaloïde, du cancer colloïde ou gélatiniforme, celui qui envahit le plus fréquemment le rectum.

M. Cruveilhier (1) admet que cette dernière forme envahit le plus souvent le reste du canal alimentaire; il avance aussi que c'est ce cancer gélatiniforme qui affecte le plus souvent le rectum.

Les mots de squirrhes, de squirrhosités du rectum qu'on trouve si souvent dans les livres et dans les observations, sembleraient indiquer que la forme squirrheuse se montre très fréquemment au rectum; et, s'il était possible, un jour, d'établir que les rétrécissements fibreux dont il est si fréquemment question ne sont que des squirrhes dans leur premier état d'évolution, l'opinion de M. Cruveilhier perdrait singulièrement de sa force, à moins qu'on ne considère le cancer gélatiniforme comme une période du squirrhe. J'ai toujours fait la remarque que voici : pendant la vie des malades, on parle presque toujours de rétrécissements fibreux, de squirrhosités, de squirrhes, tandis qu'à l'autopsie c'est l'encéphaloïde qui se fait remarquer ou le tissu colloïde. Le plus souvent c'est une combinaison de tous les cancers. Je ne sais si on a trouvé de la mélanose. On a rencontré, mêlées au cancer, des masses fibrineuses.

Il y a une autre forme de cancer qui, sous une apparence d'abord plus bénigne, finit souvent par avoir toute la gravité de ceux que je viens d'indiquer. Celui-là, au lieu de commencer par l'induration, par la tumeur encéphaloïde, squirrheuse ou autre, et au lieu de se terminer par l'ulcération, débute au contraire par là. Ce cancer ressemble à celui qu'on observe à la face, aux lèvres, quelquefois sur le col de la matrice. Il commence par ulcérer la peau ou la membrane muqueuse, puis naît, autour de l'ulcère, au-dessous de lui, une induration qui suit, plus tard, l'évolution des autres cancers. On prétend que ce sont souvent des ulcérations de nature syphilitique qui finissent par se compliquer de cancer. Ainsi ce serait ce cancer qui surviendrait à la suite des ulcérations vénériennes et dartreuses; celui aussi qui envahirait les hémorrhoïdes, ul-

(1) *Anatomie pathologie du corps humain*, XXVe livraison, in-fol., fig. col.

Digitized by Google

cères, etc. Comme les lésions dont je viens de parler sont fréquentes à l'anus, comme elles coïncident avec le cancer du rectum, on est porté à établir des rapports étiologiques entre eux. Je déclare cependant, sans prétendre le moins du monde infirmer ce que d'autres croient avoir bien établi, je déclare n'avoir jamais vu une ulcération vénérienne du rectum se transformer en ulcération cancéreuse, et cependant partout je lis, j'entends parler de cette transformation. Je le répète, je ne la nie pas.

Symptômes. La défécation est nécessairement modifiée, ce qui est une conséquence des altérations de forme, de calibre, de direction de l'intestin malade. Je note, en premier lieu, la rétention des matières fécales, mais sans exagérer la valeur de ce symptôme; car il est des individus qui n'ont poussé aucune selle, pendant des mois entiers, sans en être notablement incommodés. Ainsi M. Tanchou cite une dame qui resta deux mois et demi sans aller à la selle. Elle n'avait aucune espèce de rétrécissement du rectum. Cette constipation, selon M. Tanchou, était due à l'usage abusif des lavements qui avaient affaibli la contractilité intestinale. Le plus souvent la rétention des matières fécales est incomplète, même au dernier terme du mal. Le malade va plus ou moins à la garde-robe; mais c'est, généralement, après des efforts quelquefois inouïs et ressemblant à ceux de l'accouchement. Le patient n'expulse souvent que quelques parcelles de matières déchiquetées, rubanées ou ressemblant à du macaroni, et cela, parfois, au prix d'atroces douleurs. Il n'y a nul rapport entre le temps qu'il met à la défécation et la quantité des matières évacuées. Il arrive aussi, mais dans les derniers moments de la maladie, qu'un malade fortement constipé pousse une selle copieuse, espèce de débâcle qui précède trop souvent la mort. J'ai observé un malade des plus constipés qui, après une hémorrhagie par l'anus, eut des selles quotidiennes pendant fort longtemps. Il est évident qu'ici une ulcération du cancer donna du jeu aux matières qui avaient été opiniâtrément retenues.

Les matières fécales n'ont pas toujours assez de consistance pour se mouler en rubans, en cordons, comme je viens de le dire. Quand elles sont liquides, elles partent quelquefois par fusées, après une décharge prolongée de gaz fétides. Le même individu, à la même période du cancer, peut offrir des différences dans la forme du boudin stercoral, dans la consistance des matières. Ainsi, il n'est pas rare de voir la diarrhée alterner avec la constipation. La diar-

Digitized by Google

rhée même peut être continue. Un malade demandait des remèdes contre la diarrhée (1). Aux gaz, aux fèces, aux humeurs stercorales qui constituent les produits de la défécation normale, se mêlent une humeur séreuse, sanieuse, puriforme, glaireuse, et des détritus, des débris de cancer lui-même. Les selles prennent, dans ce dernier cas, l'odeur particulière du cancer.

Il n'est pas rare de voir les fèces teintes de sang. Il coule quelquefois du sang dans les intervalles des selles, ou il est expulsé par caillots. L'hémorrhagie est, parfois, le premier symptôme qui frappe l'attention du malade et du médecin. Mais la sortie du sang par l'anus étant un symptôme qui se lie à d'autres maladies bien moins graves que celle qui nous occupe, on néglige trop souvent de lui donner l'importance qu'il mérite, surtout si on constate, en même temps, de petites tumeurs souples au commencement du rectum. On a l'habitude alors de ne croire qu'à des hémorrhoïdes, et souvent on regrette de ne pas avoir porté plus loin les investigations.

Il arrive aussi que la défécation n'est nullement entravée, ou, pour mieux dire, elle ne l'est pas au point de causer au malade un malaise ou des souffrances qui l'obligent à recourir à nos conseils. C'est ainsi que certains cancers du rectum parviennent à une période assez avancée sans qu'on se doute le moins de monde de leur existence. Ce qui masque surtout le cancer, c'est l'absence de la douleur. Or, ici il y a double erreur à éviter : celle qui naît de l'absence de la douleur, celle qui est produite par une fausse interprétation de ce symptôme. Ainsi, on sait que plus d'une maladie du rectum peut offrir des douleurs ayant la plus grande analogie avec celles du cancer. Ce sont principalement certaines hémorrhoïdes qui produisent des douleurs qui semblent traverser le bassin, retentir aux cuisses, aux aines, absolument comme les douleurs du cancer.

Ou la sortie par l'anus des matières, des humeurs, est soumise à l'empire de la volonté au moment de la défécation et mêlées entre elles, ou bien il y a incontinence. Il vient une période du cancer où la sanie, les glaires, le sang et même les fèces sortent involontairement : c'est la période d'ulcération. Même avant l'ulcération il peut sortir involontairement une ou plusieurs des humeurs indiquées. Alors surtout on observe les pertes de sang; plus rarement.

(1) *Presse médicale.*

Digitized by Google

l'élimination de portions plus ou moins considérables du cancer. Quand ces deux phénomènes se produisent, on soupçonne un encéphaloïde. Ils sont expliqués par le ramollissement, l'ulcération, la gangrène même du cancer. On a vu quelquefois celui-ci être éliminé par les seuls efforts de l'organisme, lequel s'est mis à travailler ensuite à la cicatrisation de la caverne d'abord creusée par le cancer. Mais comme, même ce qui est heureux ailleurs doit devenir fatal ici, le tissu cicatriciel devient la base d'un rétrécissement; de là de nouvelles rétentions des matières qui ne cessent qu'après un retour du cancer, auquel le malade succombe nécessairement.

J'ai déjà parlé d'une disposition particulière des tumeurs cancéreuses voisines de l'anus, qui peut donner lieu à l'incontinence. On conçoit que des tumeurs situées au commencement du rectum puissent, en se développant, comprimer, paralyser le sphincter et produire l'incontinence, quand les matières sont liquides. Ces tumeurs, en se développant du côté du sphincter externe, font quelquefois une saillie plus ou moins considérable à l'extérieur. Quand elles règnent sur tous les points de l'anus, elles forment, par ce développement extérieur, un véritable ajoutage du rectum. C'est par le même mécanisme, mais en sens inverse, que l'urètre se trouve prolongé à la faveur de certaines hypertrophies de la prostate. Mais tandis que, pour l'urètre, l'ajoutage a lieu du côté du bassin, le rectum reçoit son prolongement au dehors. Peu importe; les résultats sont quelquefois les mêmes. Ainsi, comme on voit le développement intra-vésical de la prostate donner lieu à l'incontinence et à la rétention d'urine, on voit aussi le développement extra-anal du rectum produire la rétention, l'incontinence des matières fécales.

En parlant des formes du cancer, j'ai fait mention de certaines tumeurs pédiculées, polypiformes; elles peuvent, par les efforts de la défécation, être portées au dehors ou se rapprocher, et donner lieu à des rétentions de matières qui sont augmentées par les efforts mêmes du malade. En sortant de l'anus elles peuvent être exposées à une espèce d'étranglement, et chassées comme le sont certains polypes de la matrice.

L'examen du rectum est de toute nécessité pour donner une valeur aux symptômes que je viens de passer en revue.

Le *toucher* doit être placé en première ligne, puis vient le *spécu-*

Digitized by Google

lum et l'exploration avec les diverses *sondes* et *bougies*, enfin l'*injection*.

Le *toucher* offre des difficultés; il est fructueux quand le cancer attaque la partie inférieure ou la partie moyenne du rectum, et quand il est borné. Il offre les plus grandes difficultés et une bien moins grande certitude, si le cancer est voisin de la limite supérieure du rectum, et si, naissant plus bas, il se prolonge en haut et a des bornes mal tracées. Pour retirer tous les avantages possibles du toucher, le chirurgien devra prendre plusieurs positions et varier celles du malade. Celui-ci sera couché sur le dos ou dans les positions classiques pour les opérations de la fistule à l'anus et de la taille sous-pubienne; ou bien on cherchera à rapprocher son attitude de celle d'un quadrupède; il se tiendra sur les mains et les genoux; ou bien encore il sera debout devant le bord du lit, sur lequel il se penchera en tournant le dos à l'opérateur. Le chirurgien se placera donc devant ou derrière le malade. C'est en se plaçant derrière qu'il pourra aller plus profondément, surtout s'il dirige le doigt à gauche, et si pendant l'exploration il invite le malade à pousser comme s'il allait à la selle. Il faut que le doigt fasse une inspection détaillée, minutieuse, qu'il ne laisse pas un recoin en avant, en arrière, sur les côtés de l'intestin; qu'il ne s'en laisse pas imposer par de petites valvules, par un resserrement spasmodique habituel ou causé par le toucher lui-même. Il ne prendra pas pour un cancer les hémorrhoïdes internes, ce chapelet circulaire de tumeurs qui s'affaissent complétement ou résistent un peu, mais reviennent à leur premier état, et offrent d'ailleurs une élasticité que le cancer commençant n'a jamais. Quand, par le toucher ordinaire, on n'a pas pu parvenir à un cancer élevé, M. Amussat conseille à l'opérateur de pousser, en haut, le coude qui correspond à la main exploratrice avec la main libre, et même de faire pousser ce même coude par un aide. De cette manière, on refoule en haut le périnée, et on atteindrait des cancers qui, sans cette manœuvre, auraient échappé au doigt du chirurgien. Quand on a inutilement tenté d'atteindre le cancer avec le doigt, on doit chercher à le rapprocher de cet organe par des pressions méthodiquement faites sur l'abdomen et dirigées dans le petit bassin. Je dirai qu'en admettant la possibilité de ces dernières manœuvres, on devra les considérer comme d'une utilité bornée, car elles peuvent, tout au plus, donner une idée sur l'existence d'une tumeur. Mais ses limites, sa na-

Digitized by Google

ture, ne peuvent guère être appréciées par le bout du doigt qui touche à peine un point très limité du mal. Le doigt est le meilleur appréciateur quand il peut être promené sur toute une tumeur. Alors si sa consistance est considérable, si elle n'a aucune élasticité, si elle est sur les parties latérales du rectum ou en arrière, ou bien si le doigt pénètre dans la tumeur qui se laisse facilement écraser, alors il y a de fortes présomptions pour le cancer. On devra se méfier des tumeurs antérieures; car, chez la femme, elles peuvent être confondues avec le corps de la matrice, son col et même un pessaire. Chez l'homme, des maladies de la vessie, de la prostate, des calculs prostatiques, ceux de l'urètre et de la vessie, une maladie des vésicules séminales, peuvent répandre de l'obscurité sur le diagnostic. Ainsi, pour la femme, à peine le doigt est-il sorti de l'anus qu'on l'introduira dans le vagin, pour s'assurer de l'état de ce canal, de celui de la matrice. Cet organe peut être diversement incliné, et si le corps se porte du côté du rectum, on sent, par le vagin, le museau de tanche dirigé du côté de la vessie, tandis que le doigt introduit dans l'intestin constate à sa partie antérieure une tumeur mal limitée plus ou moins mobilisée par des pressions qu'un aide exerce sur l'abdomen : alors on est porté à admettre que la tumeur est formée par la matrice, surtout si la surface est parfaitement lisse. Mais certaines complications jettent quelquefois une nouvelle obscurité sur le diagnostic. En effet, le corps de la matrice ainsi dévié peut lui-même subir la dégénérescence cancéreuse : alors, si l'ulcération consécutive ouvre cet organe, le doigt et surtout la sonde exploratrice peuvent pénétrer dans cet organe, ce qui constitue une fausse route. On peut croire alors avoir pénétré dans une vraie tumeur qui faisait saillie dans le rectum et qui aurait été perforée. Quelquefois, au contraire, on croit pénétrer dans la matrice ainsi perforée, parce qu'on a dirigé le doigt en avant, et on est en réalité dans le rétrécissement, parce que le cancer a porté fortement en avant la partie supérieure de l'intestin. Un pareil fait s'est présenté à M. Cruveilhier (1). Une antéversion de la matrice a dirigé fortement le col en arrière; ce col a pénétré dans le rectum à la faveur d'une perte de substance de cet intestin. Ici, encore, plusieurs causes d'erreur : on

(1) *Anatomie pathologique du corps humain*, XXXIIIe livraison in-fol., fig. col.

Digitized by Google

peut prendre le col utérin pour une tumeur cancéreuse, et on a vu des mèches être introduites dans la matrice par le museau de tanche. Ainsi les moyens d'exploration par le vagin et par le rectum devront être employés simultanément, car ce n'est qu'après un mutuel contrôle qu'ils parviennent à donner au diagnostic des éléments d'une grande valeur.

Chez l'homme, c'est le cathétérisme de l'urètre et de la vessie qu'il faut joindre au toucher par le rectum. Ce cathétérisme sert souvent à bien marquer la place de la prostate et de l'urètre, et s'il y a des tumeurs dans ces parties des voies urinaires, s'il y a des corps étrangers, le cathétérisme sert à les déceler.

L'application du *spéculum* est difficile, douloureuse et peu profitable. Ou le cancer est à l'extrémité inférieure, ou à l'extrémité supérieure, ou bien entre ces deux extrémités de l'intestin. Pour l'examen du premier point, il est plus difficile, il cause plus de douleur, et il est d'un avantage plus contestable que le toucher. Les cancers de l'extrémité supérieure ne peuvent guère être explorés par le spéculum ; car ce n'est que par le bout interne de l'instrument qu'ils peuvent être vus : or, on sait que la muqueuse rectale, qui est si lâche, forme bientôt un bourrelet qui oblitère plus ou moins cette ouverture du spéculum. D'ailleurs, à sa partie supérieure, le rectum présente ce resserrement bien indiqué par O'Beirn, resserrement qui augmente par l'irritation produite du corps explorateur. Les cancers de la partie moyenne, renfermés dans certaines limites, peuvent plus facilement, plus fructueusement être explorés ; mais il faut alors se servir d'un spéculum à trois valves. Une ou deux valves pourront être retirées quand le spéculum aura été introduit dans le rectum ; là où les valves manqueront, restera une fenêtre par laquelle on pourra voir le cancer. C'est surtout pour l'application du spéculum qu'il faut avoir égard à la direction et à l'état du spasme du rectum. On devrait donner au spéculum une courbure adaptée à la principale inflexion du rectum ; alors une fois qu'il aurait franchi l'anus, ce qui est quelquefois très douloureux, en le dirigeant à gauche, on l'introduirait plus facilement. Je voudrais un spéculum ayant une courbure analogue à celle du sacrum ; on le présenterait à l'anus, la concavité dirigée du côté du coccyx ; après un pouce de trajet, on imprimerait à l'instrument un demi-tour de rotation qui amènerait en avant sa concavité. Ce mouvement de demi-rotation, qui ressemblerait au tour de maître des lithotomistes, facili-

Digitized by Google

turait l'introduction et placerait le spéculum dans la direction du rectum et de l'os sur lequel cet intestin est appuyé. Mais si l'on se rappelle ce que j'ai dit sur les changements de direction d'un rectum cancéreux, on reconnaîtra souvent la vanité, l'inutilité de ces moyens d'exploration.

En traçant les règles de l'application du spéculum, j'ai, par anticipation, indiqué la marche qu'il fallait suivre pour l'introduction des *sondes*, des *bougies à empreinte*. Ces moyens d'exploration sont surtout usités quand le doigt nu ou armé d'un dé à coudre, surmonté lui-même de phalanges artificielles, n'a pu atteindre le mal. Or, dans ce cas, il est très difficile d'explorer le cancer, et la cire à mouler, en supposant qu'elle parvienne jusqu'au cancer, ne pourra en donner qu'une idée bien incomplète. Les empreintes qu'elle aura reçues seront la plupart effacées quand on retirera la bougie; car il faudra qu'elle parcoure, à son retour, tout le rectum et qu'elle franchisse enfin l'anus : or, il est difficile de croire que cette filière laisse intactes les empreintes qui n'auraient pas été effacées par les divers replis du rectum et par la contractilité spasmodique qui se manifeste souvent pendant les manœuvres d'exploration, surtout à la partie supérieure de l'intestin. L'introduction des sondes est surtout utile pour conduire dans la partie supérieure du rectum ou au-dessus du cancer des liquides dans le but de délayer les matières fécales et de faciliter leur expulsion. Ici, la sonde à double courant de M. le professeur J. Cloquet peut avoir des avantages. On peut se servir d'une sonde œsophagienne comme celle qui fut employée par Dupuytren quand il pratiqua le cathétérisme du rectum chez Talma. Il vaudrait mieux cependant, pour plus de certitude d'atteindre la lumière supérieure, employer une sonde courbe, mais la courbure devra alors appartenir à un plus grand arc de cercle que celui des sondes urétrales.

Les *injections*, qui devront d'ailleurs précéder tous les autres moyens de diagnostic, sont elles-mêmes un excellent moyen d'arriver à la certitude. Elles devront être faites avec soin et par le chirurgien même. Si on les confiait à des mains ignorantes, on pourrait être singulièrement trompé par la circonstance que voici : 1° quand le rétrécissement est très élevé, reste au-dessous de lui presque tout le rectum, qui peut se dilater au point d'admettre une certaine quantité de liquide; ainsi, par exception, cette partie du rectum peut être dilatée; c'est ce qu'on observait chez le malade

Digitized by Google

dont M. de Laberge a publié l'observation; 2° le liquide peut passer entre la canule et le rectum. Dans les deux cas, la personne ignorante qui a donné le lavement, le malade qui l'a administré lui-même, voyant qu'une assez grande quantité de liquide a été épuisée, assurent que les lavements passent. Il faut donc que le chirurgien sache à peu près la mesure, la quantité de liquide que peut contenir l'intestin sans qu'il en passe entre la canule et l'anus. S'il constate ce reflux après avoir poussé une petite quantité de liquide; si en même temps existent un poids considérable au fondement et des difficultés toujours croissantes pour aller à la garde-robe, si ces trois circonstances sont réunies, on est bien près de pouvoir établir l'existence d'un rétrécissement anal par dégénérescence. L'injection peut entraîner du sang, de la matière cancéreuse seule ou mêlée à des matières fécales. Cette circonstance peut encore éclairer le diagnostic.

Dans la partie du tube digestif qui est au-dessus du rétrécissement formé par le cancer, il se passe tous les phénomènes produits par toutes les rétentions de matières fécales.

Avant d'envahir et de détruire les organes contenus dans le petit bassin, le cancer gêne plus ou moins par sa présence leurs fonctions. De là des phénomènes, des symptômes particuliers dont la connaissance est utile au diagnostic. On conçoit que la présence d'une tumeur du rectum peut, en empêchant le développement de la matrice, produire l'avortement. Le volume de la tumeur formée par le cancer peut rendre l'accouchement laborieux, en diminuant l'étendue des détroits du bassin ou remplissant plus ou moins son excavation. M. Cruveilhier cite un cas où cette difficulté se présenta; l'enfant vint mort au terme de sept à huit mois (1). On voit donc que s'il n'y a pas eu avortement, il y a eu au moins accouchement prématuré, accouchement difficile et mort de l'enfant.

Marche, terminaisons. L'origine du cancer du rectum est inconnue, la marche variable, la terminaison fatalement la même, toujours prévue : c'est la mort. Mais à quelle époque l'exécution de ce terrible arrêt? L'ignorance du point de départ du cancer implique l'ignorance du terme de la durée. Bayle compte les jours que le malade a à vivre depuis l'époque où il y a eu des douleurs bien marquées du côté du rectum, une constipation opiniâtre ou du dé-

(1) *Anat. pathologique*, XXXIIIe livraison.

Digitized by Google

voiement. Selon le calcul de ce médecin, la durée serait alors de six mois à deux ans. Les cas exceptionnels seraient ceux où la maladie, à partir de ces accidents, aurait duré quatre ou cinq ans. On voit combien les bases de ce calcul sont fragiles. En effet, on peut ainsi commencer à compter un an et plus après l'existence du cancer, et seulement à sa dernière période; car il en est qui ne font souffrir et ne dérangent notablement la défécation qu'au moment de l'ulcération. On confond quelquefois le cancer avec les maladies auxquelles il a succédé ou qui en ont été une des causes. Le cancer a donc déjà commencé que les malades croient n'avoir que des hémorrhoïdes ou une affection dartreuse, ou une ulcération syphilitique (Bayle). Dans ces cas, il y a du côté du fondement des modifications de la sensibilité, qui ne sont que l'exagération de celles des maladies auxquelles le cancer succède.

La maladie ne débute pas toujours par des phénomènes qui se passent du côté du rectum. Ainsi il peut y avoir des coliques, des borborygmes, du ballonnement du ventre avant aucun phénomène du côté du bassin. Les premiers phénomènes se manifestent quelquefois d'abord par des souffrances du côté des voies urinaires. Mais, dans le plus grand nombre des cas, apparaissent avant tout des modifications de la défécation; il y a une constipation qui va toujours en augmentant et qui produit les effets, les accidents déjà décrits.

On admettra des exceptions, non très rares cependant. Il y a des intermittences, des moments de répit, une espèce de tolérance de la part du mal. M. Cruveilhier parle d'un officier qui avait des accidents qui le mettaient à deux doigts de la mort; puis survenait un calme parfait de quatre jours pendant lesquels le malade revenait à la joie, à l'espérance, et jouissait des plaisirs de la table. (*Loc. cit.*, XXXIIIe *livraison.*)

Comme les rétrécissements de l'urètre, les rétrécissements du rectum n'opposent pas un obstacle complétement physique au cours des matières fécales. Il y a ici encore des spasmes, des congestions momentanées accidentelles, des différences dans la digestion, dans ses derniers résidus, qui doivent donner lieu à des modifications dans la défécation, et qui expliquent, au moins en partie, les intermittences dont il s'agit. Quelquefois un purgatif, un bain, un lavement, produisent un bien-être qui passe pour la guérison, tant on a de dispositions à se tromper dans ces circonstances malheureuses.

Digitized by Google

Mais le plus souvent les accès reviennent toujours plus terribles, toujours plus indomptables.

Il peut arriver, mais très rarement, que le cancer soit éliminé et qu'il y ait commencement de cicatrisation de la solution de continuité laissée par la tumeur qui est tombée. Mais cette cicatrisation ne se complète jamais ; elle est bientôt reprise par l'ulcération qui la dévore. La nature, la forme du cancer peuvent avoir une influence sur la marche des accidents. Ainsi il est certain que le cancer concentrique, cette espèce de squirrhe avec retrait considérable des parois du rectum vers son axe, doit donner lieu à des accidents du côté du ventre beaucoup plus promptement mortels que le cancer qui se présente sous une autre forme. Mais alors cette autre forme, c'est le plus souvent l'encéphaloïde, cancer dont la répétition dans les viscères est fréquente, et qui, par conséquent, marche presque toujours avec une complication qui hâte le terme fatal. En effet, avec lui est souvent une teinte jaune de la peau qui annonce que le foie participe à la dégénérescence. Ce cancer a une influence plus délétère. D'un autre côté, quand son ulcération commence, elle marche avec rapidité, et c'est lui qui donne lieu aux hémorrhagies les plus abondantes. Ainsi le cancer concentrique, qui est surtout formé de squirrhe, peut donner lieu à des rétentions de matières, à des accidents du côté du bas-ventre, qui peuvent tuer plus violemment le malade ; les autres cancers agissent davantage sur l'ensemble de l'organisme ; ils l'empoisonnent ou l'affaiblissent ; ils se lient mieux à la *cachexie* et au marasme. Le malade meurt donc pour ainsi dire violemment, par des accidents du côté du ventre ou par une espèce de décomposition vivante. Quelquefois la mort arrive au moment où l'on s'y attend le moins ; elle n'est pas précédée par de graves accidents, elle a lieu avant que le terme du marasme soit avancé. L'époque de la mort de Broussais était peu prévue, puisque des soupçons d'empoisonnement s'élevèrent, et qu'on crut nécessaire de soumettre les entrailles de cet illustre mort à une analyse chimique.

Il y a donc une mort violente, une mort par infection cancéreuse. L'infection purulente a eu lieu aussi dans des cas de complication, et on a observé des pneumonies finales. Ainsi M. Cruveilhier croit que c'est par cette inflammation que meurent la plupart des malheureux porteurs d'une dégénérescence. Ce n'est pas tout, car la mort est très fertile en procédés : notons la phlébite et les inflammations du tissu cellulaire du bassin. Un rétrécissement, même un

Digitized by Google

rétrécissement peu considérable, peut faire mourir en annulant peu à peu la digestion. Il y a *consensus* entre les diverses pièces de l'appareil digestif : or, quand une d'elles est gênée dans ses fonctions, quand, depuis longtemps, elle ne fonctionne qu'à demi, les autres se plient plus ou moins à cet état. Ainsi le malade finit par ne se nourrir qu'à demi, il craint même parfois de manger, prévoyant les souffrances qu'il se prépare. Le malheureux vit donc à demi : or, une pareille existence est facilement renversée par le moindre accident, par la moindre maladie. C'est ainsi que succombent certains individus affectés de cancer du rectum, et cela sans qu'on s'en doute. Il se passe alors ce qui a lieu pour le cancer de l'œsophage non encore très prononcé. L'alimentation a lieu, mais elle est insuffisante ; et quoique le malade ne cesse pas de manger, il meurt d'inanition. Je puis très bien comparer le malade qui a ce degré de rétrécissement du rectum à celui qui a un rétrécissement du larynx, de la trachée. Celui-ci ne périt pas toujours par asphyxie, il s'éteint souvent parce qu'il respire à demi. La digestion de l'air se faisant à moitié, il vit donc à moitié. L'hématose étant insuffisante, la nutrition, l'innervation s'affaiblissent, et le malade s'éteint lentement. Pour le dire en passant, beaucoup d'opérés de la laryngotomie meurent ainsi.

On conçoit que les complications, les maladies intercurrentes peuvent singulièrement hâter le moment de la mort. Ainsi des chutes d'une partie du rectum, des invaginations du colon, le prolapsus de la matrice, du vagin, des nécroses du sacrum, comme cela a été observé par M. Costallat (1), la grossesse, des calculs dans la vessie et dans d'autres points des voies urinaires ; toutes ces circonstances peuvent amener une mort plus prompte.

Diagnostic. L'obscurité de ce point de la pathologie du cancer explique l'obscurité et le malentendu qui règnent sur la thérapeutique. C'est surtout la confusion du cancer avec certaines inflammations, indurations vénériennes avec ou sans ulcération, indurations appelées lymphatiques par Bayle, qui ont causé les plus grandes erreurs. Ainsi les uns, considérant comme cancéreuses toutes ces maladies, portaient un pronostic dont la conséquence était la négation de toute thérapeutique rationnelle et souvent l'abandon com-

(1) *Essai sur un nouveau mode de dilatation particulièrement appliquée aux rétrécissements du rectum*, Paris, 1831, in-8°, 29e obs.

Digitized by Google

plet des malades ; d'autres, surtout Desault et son école, ayant guéri par la compression un certain nombre de ces maladies, proclament la guérison possible du cancer par la compression. De nos jours, à la faveur de la même confusion, de la même obscurité, on parle de succès par d'autres opérations bien plus graves que la compression. Mais les chirurgiens éclairés se sont demandé alors comment le cancer, si rebelle, si intraitable ailleurs, se faisait si bénin au rectum. De plus sérieuses réflexions et des investigations plus sévères ont commencé à prouver qu'il y avait des différences entre les diverses indurations confondues sous le nom de cancers, de squirrhes et de squirrhosités du rectum. Ces différences ne sont pas encore définitivement établies ; mais le jour qui s'est fait sur cette question a conduit les vrais praticiens à être moins pessimistes que nos devanciers, et moins opérateurs que certains modernes.

Comme, en présence d'une maladie grave du rectum, avant d'entreprendre une opération quelconque sur cette partie, on doit avoir présentes à la mémoire toutes les lésions qui peuvent l'affecter, faisons une revue rapide de ces lésions, ce qui complétera le plus possible notre diagnostic, d'ailleurs continuellement mis en saillie dans toutes les parties de cet article. Avant tout, on examinera s'il n'y a pas de vices de conformation.

1° *Corps étrangers.* Les corps étrangers introduits plus ou moins violemment par l'anus et qui séjournent dans le rectum ne peuvent tromper longtemps : la circonstance de leur introduction étant rappelée, l'erreur est dissipée. Les corps étrangers qui viennent du côté de l'estomac pourraient, en s'arrêtant plus ou moins longtemps dans le rectum, modifier la défécation par leur présence, par l'irritation prolongée à laquelle ils donnent lieu. Si on joint à cela les coliques qu'ils ont pu produire, en traversant le tube intestinal, on verra que l'erreur que je signale n'est pas impossible et que le toucher est ici de toute nécessité.

2° *Névroses. — Fissures.* Il y a des névralgies de l'anus avec des douleurs lancinantes qui reviennent par accès franchement intermittents ou avec rémittence. On voit alors l'anus se contracter avec force; puis il semble s'entr'ouvrir, sans la participation de la volonté. Il peut donc y avoir constipation et évacuation involontaire des matières. Mais il arrive aussi des moments où les selles sont aussi abondantes, aussi bien moulées, aussi faciles que dans l'état parfait de santé. Cette circonstance jointe aux états névralgi-

Digitized by Google

ques sur d'autres points du corps, surtout du côté de l'urètre, aide le diagnostic, qui est complété par le toucher.

Quand il y a fissure on trouve presque toujours entre les replis de l'anus un ulcère étroit, allongé, une espèce de crevasse qui coïncide avec les douleurs les plus vives, pendant et surtout après la défécation. Les selles sont teintes de sang, ordinairement en petite quantité.

3° *Inflammations chroniques de diverse nature.* Les lésions qui donnent souvent lieu à des méprises sont les inflammations chroniques du rectum : aussi, dans le doute, devra-t-on commencer par des moyens doux et s'abstenir de toute opération. Je vais rapporter une observation qui, selon moi, a une grande valeur ici et quand il s'agira de l'extirpation du rectum. Elle est rédigée par un des hommes qui ont fait faire le plus de progrès à l'anatomie pathologique, et elle a été publiée dans des intentions nullement hostiles, mais dans l'intérêt seul de la vérité. Je désire fixer l'attention du lecteur sur les deux mots de réflexions qui terminent cette histoire.

« Femme Gruson (Victoire), âgée de trente-quatre ans, était à la Salpêtrière en septembre 1832, lorsque je pris le service de l'infirmerie : elle est morte phthisique le 4 décembre 1838. Cette femme me dit avoir été opérée d'un cancer au rectum, et, depuis cette époque, être dans l'impossibilité de retenir ses matières fécales, qui tombaient quelquefois par fragments pendant la marche : aussi cette malheureuse s'était-elle condamnée à garder habituellement le lit.

» L'examen de l'anus montrait une cavité infundibuliforme à base très large, toujours béante et incapable de contraction. Aucun suintement purulent n'avait lieu par l'anus ; les parties voisines étaient d'ailleurs parfaitement exemptes d'induration. Cette malade étant morte, je dus m'assurer de l'état de l'intestin rectum, et je vis que les cinq derniers pouces de cet intestin étaient complétement dépouillés de membrane muqueuse ; que cette membrane se terminait en haut par un rebord circulaire coupé à pic, libre, décollé, sans aucune continuité avec la surface sur laquelle la membrane muqueuse avait été détruite ; que cette surface, dépouillée de membrane muqueuse, était recouverte par une cicatrice fibreuse, parcourue par des colonnes également fibreuses, qui lui donnaient un aspect inguinal ; que les parois de l'intestin ne présentaient d'ailleurs aucune espèce d'hypertrophie, de telle sorte que la cicatrisa-

Digitized by Google

tion paraissait aussi complète que possible. Du reste, point de traces de sphincter, ni même de parois intestinales dans l'infundibulum qui terminait en bas le rectum.

» *Réflexions.* Je crois être fondé à penser que l'observation qu'on vient de lire présente un exemple d'une inflammation chronique du rectum ; que la partie inférieure de cet intestin, indurée et rétrécie, a été considérée comme frappée de dégénération. Il n'est pas déraisonnable d'admettre qu'un traitement antiphlogistique, employé en temps utile, *aurait pu obtenir une guérison exempte de la dégoûtante infirmité qui résulte du défaut de moyens actifs de rétention des matières fécales.* » (Cruveilhier.)

On trouvera dans le grand ouvrage du même auteur d'autres faits de rectite chronique, simulant le squirrhe. Ces inflammations sont sans ulcération, avec ulcération, et, dans ce dernier cas, « de même que l'ulcère chronique de l'estomac est souvent *cliniquement* et *anatomiquement* confondu avec le cancer de cet organe, de même l'ulcère chronique du rectum donne lieu à des symptômes tellement analogues à ceux du cancer, qu'on les confond au lit du malade et même souvent sur le cadavre (1). »

Cependant cette difficulté d'établir un diagnostic complet, qui doit nous rendre très circonspects quand il s'agit d'opérations graves, ne doit pas nous inspirer les idées fatalistes des anciens.

Dans les indurations formées par l'inflammation chronique, ou, selon Bayle, par la même lésion qui constitue l'éléphantiasis, dans celles qui dépendent du vice herpétique ou qui se lient à des hémorrhoïdes ; enfin dans tout rétrécissement où l'inflammation joue un rôle, existent des moments de calme et d'exacerbation plus marqués que dans les rétrécissements cancéreux proprement dits. On le conçoit facilement, car le tissu enflammé est plus directement sous l'influence de la circulation et de l'innervation que le tissu squirrheux. Un tissu enflammé n'a pas perdu entièrement sa manière de vivre, de sentir, puisqu'il peut revenir à son état normal ; le tissu cancéreux, au contraire, est un corps pour ainsi dire étranger ; il ne peut guère momentanément être lui-même congestionné.

Par le toucher, on trouve une résistance dans le tissu squirrheux, que le tissu enflammé, même chroniquement, ne présente pas. Le

(1) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, liv. XXV.

Digitized by Google

toucher, sur celui-ci, est moins douloureux, si toutefois on touche dans les intervalles d'exaspération, quand il n'y a pas d'hémorrhoïdes enflammées ou une éruption herpétique dans un état d'exaspération (Bayle).

Les indurations vénériennes sont plus indolentes encore, et cependant elles simulent quelquefois le squirrhe de la manière la plus complète. Si on veut se faire une idée exacte de ces indurations vénériennes qui rétrécissent le rectum, on n'a qu'à observer sur le prépuce les ulcères à base si fortement indurée et dont la résolution est quelquefois si difficile, si longue à s'effectuer. Voyez un prépuce un peu long, un peu étroit, envahi par cette affection vénérienne; il forme un canal dur, calleux, que vous prendriez très facilement pour un squirrhe, si vous n'étiez prévenu de la fréquence des affections vénériennes sur ce point. Vous seriez tenté de croire à l'incurabilité ou à la nécessité d'une extirpation, si vous n'aviez vu cent fois une pareille induration, un pareil rétrécissement céder tôt ou tard aux moyens dirigés contre le virus vénérien. Avec cet état d'induration, avec ce rétrécissement du prépuce, on trouve quelquefois une induration, un rétrécissement de même nature du rectum: alors l'analogie se rapproche de la similitude. J'ai traité, à Lourcine, une femme portant une de ces indurations qui avait considérablement rétréci le rectum et surtout l'anus. Là étaient des bosselures, des tumeurs d'une dureté extraordinaire qui, entourant l'anus, semblaient prolonger le rectum en dehors. Après avoir administré un traitement mercuriel méthodique, j'extirpai les tumeurs qui bordaient l'anus, ce qui me permit l'introduction de mèches dont j'augmentai progressivement les diamètres, et j'obtins ainsi, par la combinaison du traitement général, de l'extirpation et de la compression, une cure complète. Serait-il bien difficile de faire passer ce cas pour une guérison de squirrhe du rectum?

Un chirurgien devra, dans tous les cas d'affections graves du rectum, aller à la recherche des antécédents. S'il sait interroger le malade, presque toujours, dans les cas qui ressemblent à ceux que je viens de citer, il apprendra que d'autres symptômes vénériens ont existé; le plus souvent aussi il découvrira que nul traitement antérieur n'a été fait ou qu'il n'a pas été dirigé convenablement. Aux indurations dont il vient d'être question on devra joindre celles qui accompagnent les fistules anciennes de l'anus, celles surtout dont l'orifice interne remonte plus ou moins haut dans l'intestin.

Digitized by Google

On trouvera dans l'ouvrage déjà souvent cité de M. Cruveilhier (1) un exemple remarquable de cette espèce de lésion ; mais les antécédents d'une fistule lèvent les doutes.

4° *Abcès.* Les abcès du tissu cellulaire qui environne le rectum peuvent être pris pour des cancers, si on n'a pas égard aux commémoratifs et aux symptômes inflammatoires dont ils sont précédés.

Dans la seizième observation de Duchadoz (deuxième de M. Costallat), on voit un abcès des environs du rectum produire l'amincissement du cylindre fécal, dont le volume égalait à peine celui du petit doigt, et s'accompagner de divers symptômes qui pouvaient faire croire à une maladie du rectum. La vingt-et-unième observation de Duchadoz (troisième de M. Costallat) offre l'exemple d'un abcès situé dans le flanc droit, abcès qui s'était ouvert dans le rectum, qu'il continuait à comprimer, au point que les selles, de plus en plus difficiles, devinrent, sur la fin de la vie du sujet, totalement impossibles.

Dans les commencements, la tumeur qui doit former l'abcès dans le rectum peut simuler le cancer à cause de sa dureté; quand vient la fluctuation, elle peut simuler le ramollissement du même cancer. Mais ces deux périodes, dans les cas de dégénérescence, n'ont pas la rapidité de celle de l'abcès.

5° *Hémorrhoïdes.* Les hémorrhoïdes sont, en général, d'un toucher doux; elles sont élastiques ou dépressibles. Elles sont sujettes à des changements dans leur volume, leur forme, leur couleur, leur consistance, que ne présente jamais le cancer. Dans le plus grand nombre des cas, elles forment une couronne au-dessus ou au-dessous de l'anus. Mais ces mêmes hémorrhoïdes peuvent subir plusieurs inflammations; elles peuvent s'indurer, être ulcérées et simuler singulièrement les végétations, les fongosités cancéreuses. Alors elles sont le siége de douleurs, d'écoulements qui épuisent : elles présentent donc les mêmes indications que le cancer inférieur du rectum. Bien plus, ces mêmes hémorrhoïdes peuvent subir la dégénérescence la plus maligne; l'indication étant identique, l'erreur de diagnostic n'a pas la même importance. Avec ou sans les hémorrhoïdes, avec le cancer lui-même, peuvent exister des relâchements de la muqueuse rectale ou des prolapsus de cet intestin

(1) *Anatomie pathologique.*

Digitized by Google

qu'on ne pourra confondre avec le cancer, car la tumeur du prolapsus a une souplesse, une élasticité, elle se prête à une espèce de réduction plus ou moins complète qu'on n'observe pas dans le cancer.

6° *Dégénérescence fibreuse.* Cette dégénérescence est très difficile à distinguer; elle est, dans le plus grand nombre des cas, confondue avec le cancer. Aussi dans les articles, dans les mémoires, dans les livres sur les rétrécissements du rectum, il est impossible de ne pas parler du cancer; comme, en traitant du cancer, il est de toute impossibilité de ne pas faire une partie de l'histoire du rétrécissement fibreux. En effet, souvent mêmes symptômes, mêmes phénomènes du côté de l'anus; mêmes symptômes, mêmes accidents du côté de l'abdomen. Le squirrhe, surtout le squirrhe concentrique, a la plus grande analogie avec la dégénérescence fibreuse, et, à son début, il y a, dans le plus grand nombre des cas, impossibilité d'établir un diagnostic complétement exact. Bien plus, à l'autopsie même, les erreurs ne sont pas impossibles. Ainsi j'ai ci-dessus rapporté les paroles de M. Cruveilhier, qui a une grande habitude de lire sur le cadavre : eh bien! cet anatomiste avoue son insuffisance dans quelques cas. Il est vrai que, sur le vivant, quand le rétrécissement est, comme on le dit, *diaphragmatique*, *valvulaire*, quand il n'a pas une grande épaisseur, quand déjà, surtout, on a constaté une inflammation du rectum, ou des ulcérations qui n'ont pas été précédées du squirrhe; quand ces circonstances ont existé, on est plus porté à admettre le rétrécissement fibreux. Mais ce rétrécissement n'est pas toujours sous forme valvulaire, il n'est pas toujours formé comme par une ligature qui aurait froncé l'intestin sur un point limité; ainsi qu'à l'urètre, il peut avoir une grande étendue dans le sens de l'axe du rectum. On est donc obligé d'interroger les phénomènes produits par la nature de la dégénérescence. Mais d'abord le cancer, dans sa première période, est souvent sans aucune espèce de symptômes qui se rapportent à la *cachexie*, à laquelle il peut plus tard se lier. Ensuite, il est bien remarquable que certains rétrécissements fibreux anciens ont une influence sur la digestion qui se répète dans les autres fonctions et dont l'ensemble constitue un état général qui n'est pas facilement distingué de ce qu'on appelle cachexie cancéreuse. On se représente facilement la pâleur, l'amaigrissement, le facies d'un malheux dont la digestion est depuis longtemps inachevée.

Digitized by Google

Ainsi, le diagnostic différentiel du cancer et de la dégénérescence fibreuse me paraît impossible dans le plus grand nombre des cas.

7° *Polypes du rectum.* Ces productions morbides sont rares au rectum. Cependant on les observe plus souvent dans cet intestin que sur tout autre point du tube digestif. Ils pourraient être confondus avec les végétations fongiformes encéphaloïdes. Mais ordinairement le polype est plus lisse, il est plus franchement pédiculé. On ne confondra pas avec le cancer les polypes qui sont presque cylindriques et qui ont la transparence de la corne fondue, polypes que j'ai observés chez des femmes pourvues d'un grand embonpoint et très lymphatiques. Les polypes à larges bases, ceux-là qui sont de nature maligne, peuvent très bien être confondus avec le cancer, d'autant mieux qu'il y a une étroite parenté entre eux. M. Gerdy, dans sa thèse de concours, a signalé l'épaississement de la muqueuse sur laquelle s'insérait le polype. On voit là une extension de la maladie et un trait de plus de ressemblance entre le polype et certains cancers tubéreux. Ce professeur a cité un cas où un polype avait été creusé, et dans sa cavité existait des matières fécales. On aurait très bien pu prendre ce polype pour une tumeur cancéreuse analogue à celle qui est citée par M. Amussat, tumeur qui faisait saillie dans l'intestin et qui présentait un trou dans lequel on enfonçait le doigt.

8° *Maladies de l'abdomen qui peuvent donner lieu à des accidents du cancer rectal.* Ces maladies s'expriment par les symptômes qu'on a confondus sous le nom d'*iléus*.

L'*étranglement herniaire* est une de ces maladies. On doit examiner tous les points de l'abdomen où se montrent ordinairement les hernies, et cela avec soin, car elles sont quelquefois très petites, et chez les sujets chargés d'embonpoint, surtout chez les femmes, on peut très bien méconnaître une tumeur herniaire. Si elle est irréductible, on soupçonne un étranglement.

Le *volvulus* est reconnu par l'exclusion des caractères qui ont été précédemment indiqués et par une tumeur plus ou moins exactement circonscrite sur un point de l'abdomen où on ne trouve pas de hernie ordinairement, tumeur plus profonde que celle de la hernie, puisqu'elle est au-dessous des parois abdominales Il n'y a pas de vomissements stercoraux, et on a observé une affection antécédente du tube digestif. Tout cela on ne le rencontre pas constamment, et ce n'est pas, du reste, bien caractéristique.

Digitized by Google

Les *invaginations* qui portent sur l'intestin grêle sont loin d'entraîner toujours la production d'accidents pathologiques, de telle sorte qu'il serait difficile de leur assigner des symptômes. Si le cœcum et le colon ascendant ont subi un déplacement tel qu'ils soient venus se loger dans la courbure sigmoïde du gros intestin, l'absence du cœcum et du colon vers le côté droit du ventre est constatée par la percussion; elle donne lieu à une certaine dépression de ce côté, tandis qu'à gauche on remarque un renflement longitudinal, une tumeur plus ou moins volumineuse produite par la masse de l'invagination. La palpation exactement pratiquée doit faire percevoir des différences notables dans les deux flancs, et une main exercée peut reconnaître le déplacement du cœcum dès qu'il est un peu considérable. Mais il faut être prévenu de la possibilité d'une intus-susception intestinale pour être conduit à faire les recherches convenables.

Opérations motivées par les maladies de l'anus et du rectum.

I. RÉTABLISSEMENT DE L'ANUS NORMAL. — CRÉATION D'UN ANUS ARTIFICIEL.

Deux indications ressortent de l'examen des vices de conformation de l'anus et du rectum : 1° rétablir l'anus normal; 2° créer un anus artificiel. Il faut aussi reconnaître qu'il est des cas où on devra s'abstenir de toute opération et des cas où des moyens dilatants suffiront : c'est quand il n'y a que rétrécissement. Cette seconde indication peut être fournie aussi par les lésions organiques.

Rétablissement de l'anus anormal. Cette indication se présente dans deux circonstances : 1° l'anus est ouvert plus ou moins loin du lieu qu'il doit occuper, il n'est pour ainsi dire que déplacé; 2° l'anus n'est ouvert nulle part.

Quand l'anus n'est que déplacé, en général on fera bien de s'en tenir à des moyens accessoires et d'éviter une opération grave. Cependant il est des cas où on peut agir : ainsi chez les petites filles, l'anus peut s'ouvrir à la fourchette ou percer la paroi postérieure du vagin. Dans le premier cas, une sonde cannelée introduite par l'ouverture de la fourchette irait dans le rectum; la cannelure serait dirigée en bas vers le coccyx, et on inciserait dans cette direction en suivant le raphé périnéal, tous les tissus qui seraient de-

Digitized by Google

vant la sonde cannelée. Une canule serait placée dans l'angle postérieur de la plaie afin de conduire les matières fécales, les habituer à prendre les voies normales et pour tenir cette voie ouverte.

Le même procédé a été proposé pour la guérison des anus qui s'ouvraient sur la paroi postérieure du vagin. On divise du fond, vers l'entrée du vagin, tout ce qui est devant l'anus anormal jusque vers le coccyx. On place une canule comme je l'ai dit précédemment; elle dépasse en haut le point où s'ouvrait la fistule. Selon M. Martin, on devrait réunir par la suture la division et ne laisser libre que la portion de la plaie occupée par la canule. M. Velpeau prétend que cette suture est difficile et inutile. Selon ce chirurgien, si la canule est convenablement placée et qu'elle conduise bien les matières fécales, la division du vagin et du périnée se fera sur cette canule, sans le secours des moyens unissants.

Au lieu de diviser tout ce qui est devant l'anus vaginal, on pourrait introduire par lui dans le rectum un crochet dont l'extrémité mousse ferait saillie à la place où s'ouvre ordinairement l'anus, et là on pratiquerait une ponction, une boutonnière qu'on entretiendrait ouverte par une canule. Une fois l'anus normal rétabli, il ne serait pas difficile de faire disparaître l'anus anormal.

Chez les garçons, le problème est plus complexe. C'est dans une partie de l'appareil urinaire que s'ouvre l'anus. Quand les matières fécales sortent d'une manière presque continue ou à certains intervalles, mais sans mélange d'urine, on est porté à penser que c'est dans l'urètre que l'ouverture du rectum s'est opérée : alors il y a indication pour l'opération par laquelle on cherche à rétablir l'anus normal. On peut la tenter même sans la certitude du point de l'urètre qui est ouvert. Ce peut être un point très voisin du gland, comme l'a observé M. Monod, ou très voisin de la vessie. Quand c'est dans ce réservoir même que s'ouvre l'anus, les matières fécales sortent mêlées à l'urine. Ce vice de conformation est grave, car il vient un moment où les matières ont de la difficulté à être expulsées, et où elles produisent la cystite, car le sujet avançant en âge elles deviennent plus consistantes et plus irritantes; cette anomalie est grave aussi, parce qu'elle suppose la perforation du rectum sur un point assez élevé et parce que la médecine opératoire est impuissante, ou si elle agit, ses résultats sont peu satisfaisants. Ainsi, quel serait le résultat d'une opération qui a été proposée, laquelle consisterait à pratiquer une espèce de taille périnéale qui

Digitized by Google

ouvrirait le rectum, la vessie, le périnée, pour creuser un vaste cloaque?

Quand l'anus ne s'ouvrant nulle part, le rectum descend très bas, les matières fécales accumulées dans le cul-de-sac font saillie au périnée: on perce alors cette tumeur comme un abcès; mais si rien à l'extérieur n'indique le point où le rectum s'arrête, il faut aller à la recherche de l'intestin par le procédé suivant.

A. *Procédé ordinaire.* L'enfant, sur les genoux d'un aide ou sur une table garnie, a les membres écartés et fléchis; le chirurgien explore la rainure péritonéale ou interfessière; s'il ne rencontre aucun indice d'anus ou d'intestin, il cherche à de s'assurer de la position de la pointe du coccyx et incise de manière que le centre de l'incision soit à dix lignes environ devant cet os. La peau est divisée d'abord dans l'étendue de dix à quinze lignes, puis successivement les couches plus profondes, jusqu'à la hauteur d'un pouce ou deux. Si l'indicateur gauche, qui précède le bistouri, le dirige, et explore aussi le fond de la plaie, si ce doigt découvre une saillie ou un point fluctuant, le premier temps de l'opération est achevé. Il faut alors ouvrir l'intestin, et c'est sur le point saillant fluctuant que la pointe du bistouri ou du trois-quarts devra être enfoncée. La dissection, qui constitue le premier temps, aura lieu à peu près selon l'axe du corps, c'est-à-dire presque perpendiculairement; ensuite on l'inclinera par degré du côté du sacrum, afin de ne pas toucher la vessie, et de suivre le trajet habituel du rectum. Le trois-quarts est moins sûr que le bistouri. La vessie remplissant en quelque sorte le bassin, quand l'intestin manque, il la percerait presque inévitablement. On a voulu faire l'opération en un seul temps, c'est-à-dire par ponction sans dissection. Ce procédé serait proposable si le sac, rempli de matières, pouvait être constaté par le toucher ou la vue.

Une fois l'intestin ouvert, on agrandit l'incision avec ménagement dans divers sens, et surtout dans le sens où il semble exister plus d'espace. On y fait pénétrer une tente de linge ou de charpie, ou même une canule, et l'opération est terminée. Il ne s'agit plus que d'entretenir le nouvel anus, de lui donner assez de largeur, d'en prévenir la coarctation.

Cette opération est, le plus souvent, mortelle. On devra d'autant moins espérer, que le cul-de-sac du rectum sera plus élevé, comme je l'ai déjà dit. Les dangers et les imperfections de cette opération viennent de ce qui se passe sur le tissu cellulaire qui entoure le canal

Digitized by Google

et de l'absence du sphincter. Le tissu cellulaire en contact avec les matières fécales peut s'enflammer ou s'irriter. On voit, en général, les enfants présenter une teinte ictérique avant de mourir. Quand l'inflammation n'est pas trop vive, et que l'infiltration des matières fécales n'a pas lieu, le trajet parcouru par l'intestin s'organise : il se développe une membrane analogue à celle qui tapisse les trajets fistuleux, car on a créé une vraie fistule. Mais, comme toutes les fistules, celle-ci n'a pas de sphincter à son méat, ce qui fait que l'évacuation des matières qui la traversent n'est pas soumise à l'empire de la volonté : il y a incontinence. Enfin, comme toutes les fistules, celle-ci tend, en général, à se rétrécir.

Il y a donc d'autres indications à saisir, d'autres modifications à proposer pour éviter ces inconvénients, pour rendre cette opération moins imparfaite et surtout moins souvent mortelle.

B. *L'auteur*. Pour mon compte, je crois à l'infiltration des matières fécales dans le tissu cellulaire du petit bassin, et je trouve ici une application de mes principes sur les opérations en deux temps. Je voudrais donc qu'on n'ouvrît le cul-de-sac formé par le rectum qu'après avoir enflammé et rendu *ininfiltrable* le tissu cellulaire qui sépare le cul-de-sal de la peau. Enfin, selon moi, en devrait se comporter ici comme pour la taille hypogastrique, *en deux temps*, que je décrirai plus tard.

Mais le rétablissement de l'anus est une opération d'urgence, les délais sont extrêmement nuisibles : pendant les quelques jours qui séparent le premier du second temps de l'opération, l'enfant succomberait aux accidents déterminés par la rétention des matières fécales, ou bien il deviendrait trop malade pour résister à la seconde opération. En faisant l'opération en un seul temps, ne pourrait-on pas alors cautériser le trajet de la plaie de manière à rendre moins facile l'infiltration du tissu cellulaire?

C. *Procédé de M. Amussat*. M. Amussat croit avoir résolu le problème. Il pense qu'on pourrait recouvrir la plaie avec la muqueuse intestinale; et imitant ici ce que fait M. Dieffenbach pour les lèvres, quand il veut agrandir la bouche, le chirurgien français cherche à mobiliser la muqueuse du rectum pour qu'elle tapisse le tracé de la plaie qui conduit à cet intestin; il fixe cette muqueuse à la peau par des sutures. Il faut louer M. Amussat d'avoir su apprécier une des causes d'insuccès à la suite des opérations pour le rétablissement de l'anus; il faut lui savoir gré d'une tentative qui semble

Digitized by Google

prouver la possibilité d'exécuter cette opération. Mais il ne faudrait pas perdre de vue les difficultés d'exécution et les dangers de ce procédé. Pour peu que le cul-de-sac du rectum soit élevé, il sera difficile d'aller saisir cet intestin, plus difficile de le détacher pour lui faire éprouver une espèce de chute qui le fasse arriver jusqu'au périnée, et je pense que les moyens nécessaires pour le fixer sur ce point devront à coup sûr opérer des tiraillements et donner lieu à une vive irritation. C'est aux faits à répondre à ces objections, qui, comme on le voit, ne sont basées que sur l'analogie (1).

D. *Procédé de M. Goyrand.* M. Goyrand a voulu éviter un des inconvénients attachés à l'opération ordinaire. Selon lui, l'absence d'une portion du rectum, l'absence de l'anus même, ne supposant pas l'absence du sphincter, ce muscle serait à sa place; il serait formé par des fibres qui auraient une direction parallèle au raphé du périnée, et ces fibres devraient être seulement écartées. Pour cela, au lieu de faire éprouver à la première couche de tissu une perte de substance, comme le pratiquent quelques chirurgiens, quand le cul-de-sac est voisin de la peau, on devra procéder à une dissection minutieuse qui irait de cette membrane à ce cul-de-sac; on reconnaîtrait tous les tissus avant de les diviser. Le sphincter, ainsi respecté, pourrait fonctionner; on éviterait, par ce procédé, l'incontinence des matières stercorales. M. Roux (de Brignoles) a proposé un procédé opératoire (2) analogue à celui de M. Goyrand. Voyez d'ailleurs, dans le *Journal hebdomadaire*, année 1834, le travail remarquable du chirurgien d'Aix sur le sujet qui nous occupe.

E. *Procédé de M. Martin.* M. Martin a proposé un procédé qui rendrait l'ouverture du rectum plus méthodique dans les cas où on suppose que son oblitération est élevée. Selon ce chirurgien, on ouvrirait d'abord l'*S* du colon à la région inguinale, comme si on voulait exécuter le procédé de Littre qui va bientôt être décrit; par cette ouverture de la fin du colon, on introduirait une sonde dirigée vers le rectum; le doigt introduit dans la plaie préalablement faite au périnée irait à la rencontre de la sonde, et il serait plus facile alors et plus méthodique d'ouvrir le cul-de-sac qui sépare la sonde et le doigt. Si cette sonde était à dard, elle pourrait ouvrir le rectum sans le secours d'un autre instrument.

(1) Le fait cité comme un succès par M. Amussat n'est pas assez concluant pour faire loi.

(2) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, t. IV, p. 183.

Digitized by Google

II. CRÉATION D'UN ANUS ARTIFICIEL.

Méthode de Littre. On lit dans l'*Hist. de l'Ac. des sciences*, année 1776, p. 36 : « Dans le cadavre d'un enfant mort à six jours, M. Littre a vu le rectum divisé en deux parties, qui ne tenaient l'une à l'autre que par quelques petits filets longs environ de 27 millimètres; ces deux parties séparées s'étaient fermées chacune de son côté par le bout où s'était faite la séparation, de sorte que les deux clôtures se regardaient; apparemment le rectum n'ayant pas pris dans ce fœtus autant d'accroissement à proportion que les parties auxquelles il était attaché avait été étendu et tiré avec violence, et enfin entièrement déchiré, à l'exception de quelques fibres plus fortes qui étaient demeurées entières, quoique fort allongées; ce déchirement s'était fait dans le temps où le canal était encore vide, et rien par conséquent n'avait empêché que les extrémités des deux parties séparées ne s'affaissassent et ne se collassent ensemble, ce qui avait fait les deux clôtures. Ensuite la partie supérieure de l'intestin s'était remplie de méconium, mais non pas en assez grande quantité pour être obligée de se rouvrir. Quant à la partie inférieure, elle avait toujours dû être et était en effet entièrement vide. Il est aisé de concevoir quels accidents s'ensuivaient de cette conformation accidentelle, et combien la mort de l'enfant dut être prompte, puisque ses excréments ne pouvaient sortir, et que tout ce qu'on lui faisait prendre pour déboucher augmentait nécessairement le mal. M. Littre, qui a voulu rendre son observation utile, a imaginé et proposé une opération chirurgicale fort délicate pour les cas où l'on aurait reconnu une semblable conformation. Il faudrait faire une incision au ventre, et recoudre ensemble les deux parties d'intestin après les avoir rouvertes, ou du moins faire venir la partie supérieure de l'intestin à la plaie du ventre, que l'on ne refermerait jamais et qui ferait la fonction d'anus. Sur cette légère idée, d'habiles chirurgiens pourront imaginer d'eux-mêmes le détail que nous supprimons. Il suffit souvent de savoir en gros qu'une chose serait possible, et de ne pas désespérer à la première vue. »

En 1776, Pillore, chirurgien de Rouen, mit en pratique l'idée attribuée à Littre, chez un homme affecté de squirrhe de l'*S* du colon et de la partie supérieure du rectum, avec oblitération de la portion malade du tube digestif. Le sujet de l'observation n'avait rien rendu par l'anus depuis plus d'un mois.

Digitized by Google

Voici comment Pillore raconte cette opération. « Je commençai par une incision transversale des téguments un peu au-dessus du pli de l'aine; je la continuai obliquement de bas en haut; à la faveur du tissu cellulaire en sous-œuvre, j'arrivai à l'aponévrose du muscle grand oblique du bas-ventre; je l'incisai un peu au-dessus du ligament de Fallope dans la même proportion pour avoir au moins un bon pouce de canal depuis le réservoir jusqu'à l'ouverture des téguments; je fis aux muscles et au péritoine une ouverture transversale à peu près de la même étendue; le fond du cœcum, facile à reconnaître par son appendice, se présenta, je n'eus pas la peine de le chercher; je l'amenai sans effort le plus en avant possible; là, soutenu par un aide et par moi, je l'ouvris transversalement et l'assujettis aux deux lèvres de la plaie par le moyen d'un point de suture que je fis à l'une et à l'autre avec deux aiguilles enfilées du même fil; je les passai de dedans en dehors, et je coupai le fil par le milieu pour obtenir deux anses que je nouai, tant supérieurement qu'inférieurement, sur deux compresses pour empêcher le froncement des lèvres. Les matières sortirent abondamment; pour tout appareil j'appliquai de la charpie brute et des serviettes; je ne comprimai pas, afin que l'issue des matières ne fût point interrompue; en effet, elles coulèrent avec abondance pendant plusieurs jours; le ventre diminua considérablement de volume; mais comme le vif-argent (*voir plus bas*) nous donnait de l'inquiétude, et comme nous n'en avions vu paraître aucune parcelle, nous fîmes prendre au malade toutes les positions possibles pour procurer une pente aisée au mercure : cependant nous n'en eûmes aucune révélation; depuis l'opération il s'était déjà écoulé quatorze ou quinze jours pendant lesquels la plaie avait suppuré. L'intestin s'était agglutiné avec les lèvres; j'avais retiré les fils qui l'avaient assujetti; tout en apparence était dans le meilleur état possible, lorsque le malade ressentit quelques douleurs vagues dans les différentes régions de l'abdomen. Nous les attribuâmes d'abord à de l'air renfermé dans le canal intestinal; mais le malade, inquiet, disait toujours qu'elles dépendaient du mercure, et en conséquence continuait à prendre les positions propres à le faire sortir. Nous étions au vingtième jour, lorsque le ventre, qui était fort aplati, se tuméfia et devint très douloureux. Nous appliquâmes des fomentations émollientes, et à la faveur de notre anus artificiel nous fîmes des injections dans l'intestin colon; deux saignées furent pratiquées; mais, malgré tout, les symptômes allèrent en augmen-

Digitized by Google

tant, et le malade mourut le vingt-huitième jour après son opération. »

A l'autopsie, on trouva que deux livres de mercure administrées au malade plus d'un mois avant l'opération, pour pousser les matières, avaient entraîné le jéjunum dans l'hypogastre, et enflammé cet intestin au point qu'il était parsemé de taches gangréneuses. On notera avec soin cette circonstance, car elle va être rappelée dans la discussion des deux méthodes, celle de Littre et celle de Callisen.

Pillore ouvrit le cœcum, et cependant je l'indiquais tout-à-l'heure comme ayant pratiqué l'opération de Littre. C'est qu'en effet il n'y a que deux opérations proprement dites pour l'établissement de l'anus artificiel : l'une dans laquelle on arrive à l'intestin après avoir divisé le péritoine, et l'autre dans laquelle on cherche à respecter cette séreuse. On verra dans l'observation suivante que j'ai jugé à propos de rapporter en entier un exemple intéressant d'une opération à la manière de Littre. C'est Duret qui parle.

« Le vendredi 18 octobre 1793, Marie Poulaouen, sage-femme à Brêles, commune de Plourain, ayant accouché l'épouse de Michel Ledrevès, laboureur, s'aperçut que l'enfant qu'elle venait de recevoir n'avait point d'anus, et que ses parties sexuelles étaient mal conformées. Jugeant que dans cet état de choses le nouveau-né ne pouvait vivre longtemps, elle conseilla aux parents de le porter à Brest pour y recevoir les secours de la chirurgie. Le samedi, à dix heures du matin, le père vint chez moi ; j'examinai l'enfant : les parties de la génération étaient disposées de manière que le scrotum rentrait à l'endroit du raphé, et présentait deux parties égales dont chacune contenait un testicule ; au premier aspect on eût cru voir une fille : au périnée était le gland, percé d'un méat urinaire, laissant sortir librement l'urine ; l'endroit de l'anus n'offrait aucun indice de l'existence du rectum ; la peau avait sa couleur naturelle et sa consistance ; aucune tumeur n'avait lieu dans les efforts que l'enfant faisait pour aller à la selle. D'après cet examen, je crus que cet enfant méritait l'attention des gens les plus instruits dans l'art de guérir. Je convoquai à cet effet une assemblée de médecins et de chirurgiens employés dans les différents hôpitaux de la ville. La consultation se fit à l'hôpital de la Marine. Les consultants furent d'avis d'ouvrir la peau à l'endroit où le rectum devait se rendre, pour chercher cet intestin. L'opération n'eut pas de succès ; je reconnus, avec une sonde introduite dans le bassin, que le dernier des gros

Digitized by Google

intestins manquait absolument; alors (il était quatre heures de l'après-midi) l'enfant parut sans ressource : les vomissements, la grosseur extraordinaire de son ventre et le froid des extrémités inférieures étaient autant de signes certains d'une mort prochaine. Cependant, contre mon attente, le dimanche au matin l'enfant vivait encore; cela me décida à faire une seconde consultation, dans laquelle je proposai comme une dernière ressource, pour prolonger la vie de cet être, la gastrotomie et l'établissement d'un anus artificiel. Pour donner plus de confiance en ce moyen extraordinaire, je l'exécutai sur le cadavre d'un enfant d'environ quinze jours que je pris à l'hôpital des pauvres de cette ville; je pratiquai une incision entre la dernière des fausses côtes du côté gauche et la crête de l'os des iles; la plaie pouvait avoir deux pouces d'étendue; elle découvrait la gibbosité du rein et une petite région de la partie gauche du colon : cette dernière fut ouverte; ensuite on injecta de l'eau par l'anus; une partie du fluide sortit de l'ouverture du colon, et une autre partie s'épancha dans le ventre. Il fut reconnu par l'ouverture de l'abdomen que dans le fœtus les parties latérales du colon ne sont pas hors du péritoine comme dans l'adulte, qu'elles ont un mésocolon qui les rend libres et flottantes. Cette circonstance fit rejeter l'opération dans cet endroit, dans la crainte qu'elle n'eût donné lieu à un épanchement du méconium dans le ventre.

» L'assemblée, d'après cet essai, ayant prolongé la discussion aussi loin que pouvaient l'exiger l'intérêt de l'humanité et l'honneur de la chirurgie, arrêta : 1° que sans ce moyen extraordinaire, la perte de l'enfant était inévitable; 2° que l'axiome de Celse : Il vaut mieux employer un remède douteux que d'abandonner le malade à une mort certaine, trouvait ici son application; 3° que les réflexions d'Hévin sur la gastrotomie n'étaient point contraires à cette opération toutes les fois que la cause et le siége du mal étaient comme reconnus. J'ouvris le ventre du petit malade au-dessus de la région iliaque, dans l'endroit où l'*S* du colon formait une tumeur, à la vérité peu apparente, et où le méconium semblait imprimer une couleur plus foncée à la peau; je donnai à cette ouverture à peu près un pouce et demi d'étendue; elle servit à introduire mon doigt index dans l'abdomen, avec lequel j'attirai au dehors l'*S* du colon; et, dans la crainte qu'il ne rentrât par la suite dans le ventre, je passai dans le mésocolon deux fils cirés; ensuite j'incisai l'intestin en long; l'air et le méconium sortirent en abondance par cette

Digitized by Google

ouverture; quand il s'en fut écoulé une certaine quantité, j'appliquai l'appareil; il fut simple : une compresse percée, de la charpie et un bandage de corps le composèrent. Dans la nuit du dimanche au lundi, l'enfant reposa parfaitement bien; ses vomissements cessèrent, sa chaleur revint, et il téta plusieurs fois avec avidité. Le lendemain de l'opération, les personnes qui avaient assisté à l'opération la veille furent satisfaites du changement avantageux qu'elles aperçurent; les linges qui entouraient l'enfant étaient remplis de méconium, et sa voix, que jusqu'alors on n'avait pu distinguer, se fit entendre.

» Le troisième jour, les choses allant toujours de mieux en mieux, on engagea les parents de l'enfant à l'apporter deux fois par jour à l'hôpital de la Marine. Le citoyen Massac, chef d'administration, ayant le détail de cet hospice, et le citoyen Coulon, commissaire-médecin, firent fournir les objets nécessaires au pansement de Ledrevès.

» Le quatrième jour, les excréments sortirent jaunâtres, mais en petite quantité : j'ordonnai un lavement avec de l'eau simple, et je fis prendre 2 gros de sirop de chicorée, composé de rhubarbe; il produisit un bon effet en faisant aller le malade plusieurs fois à la selle.

» Le cinquième jour, les fils qui soutenaient l'intestin parurent inutiles; on les retira, car leur présence entretenait la malpropreté et la rougeur aux environs de l'anus artificiel.

» Le sixième jour, l'intestin, large d'environ 1 pouce, paraissait livrer passage aux tuniques internes, ce qui donnait à la plaie l'aspect d'un œuf de poule : on a essayé d'introduire une canule de plomb dans la fistule, tant pour s'opposer à une hernie consécutive que pour entretenir une libre sortie aux excréments; mais les cris de l'enfant ont fait différer l'emploi de ce moyen. L'instrument a reçu, d'ailleurs, toute la perfection des citoyens Moriers fils, habiles couteliers de cette ville.

» Le septième jour, l'enfant était si bien, tant à l'endroit de l'opération que dans l'exercice de ses fonctions, qu'on l'a jugé n'avoir plus besoin que de propreté et d'une surveillance exacte de la part des personnes de l'art (1). »

Ainsi Duret avait remarqué que, chez l'enfant, le colon, dans ses portions latérales, est entièrement couvert par le péritoine, et

(1) *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. III, p. 1260. cité aussi dans le travail de M. Amussat.

Digitized by Google

que le procédé de Callisen ne serait aucunement applicable aux nouveaux-nés, circonstance anatomique importante à noter, et que l'on peut rapprocher de celle indiquée d'après M. Blandin, à savoir, la beaucoup moindre distance qui existe chez l'enfant, par rapport à l'adulte, entre le péritoine et l'anus.

Fine et Dupuytren ont proposé d'établir l'anus artificiel par la méthode de Littre, au-devant de la région lombaire.

Fine, chez une femme, établit un anus artificiel sur le colon transverse. Son intention avait été d'abord d'ouvrir l'iléon. Il y aurait fort à craindre, si l'on voulait répéter cette opération, de s'en laisser imposer par l'estomac.

S'il y a lieu de penser que l'*S* du colon est altérée dans une certaine étendue, on ne peut pas attaquer l'intestin du côté gauche. L'exemple de Pillore, en pareil cas, se présenterait à l'esprit du chirurgien.

Voici d'ailleurs la description classique de la méthode de Littre.

A. *Procédé en un seul temps.* Le sujet, couché sur le dos, les cuisses étendues, est contenu par un ou deux aides. L'opérateur pratique un peu au-dessus du ligament de Fallope, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le pubis, une incision d'environ 2 pouces, divise couche par couche la peau, le fascia superficialis, l'aponévrose de l'oblique externe, les fibres inférieures du muscle petit oblique, le fascia transversalis et le péritoine, dont il agrandit ensuite l'ouverture, en donnant au bistouri une sonde cannelée pour conducteur. On voit alors l'intestin distendu, livide ou verdâtre; on le reconnaît en outre à l'aspect de son enveloppe externe, à la disposition de ses fibres. L'indicateur recourbé va le chercher et l'amène à l'extérieur en agissant à la manière d'un crochet ou bien en s'aidant du pouce pour le saisir. On passe aussitôt à travers son mésentère une anse de fil pour l'empêcher de rentrer. On l'ouvre dans le sens de la plaie du ventre; les matières s'échappent et se vident. On place une tente ou une mèche dans la division, si on en craint le resserrement trop prompt. Des adhérences ne tardent pas à s'établir entre la surface du colon et les bords de la plaie du ventre. On retire le fil mésentérique, du troisième au cinquième jour, et le nouvel anus, alors définitivement formé, ne réclame plus que les soins nécessités par un anus accidentel quelconque.

B. *Procédé en plusieurs temps.* On a proposé de pratiquer l'opération en plusieurs temps, et je trouve à ce sujet, dans l'ouvrage

Digitized by Google

de M. Costallat, un procédé que je vais indiquer brièvement. Une incision ou une perte de substance serait faite à la paroi abdominale jusqu'au péritoine, que l'on respecterait. On ferait cicatriser séparément les parties divisées, en plaçant un corps étranger entre leurs lèvres. On attendrait ensuite qu'il se formât, à travers la paroi abdominale ainsi affaiblie, une hernie aux dépens de l'intestin colon. On pourrait provoquer les adhérences entre l'intestin et le péritoine, à l'aide de quelques points de suture passés au moyen d'une petite aiguille. Des piqûres faites avec une aiguille rougie au feu produiraient sans doute le même résultat. Cela fait, on pourrait attaquer la cloison péritonéo-intestinale avec le caustique ou le feu; mais il vaudrait mieux pincer cette cloison avec un entérotome. Si le colon ne venait pas se produire au dehors, il faudrait terminer l'opération par l'incision et la suture.

L'auteur. Voici, à mon avis, comment l'opération devrait être pratiquée. On ferait une incision vis-à-vis la portion d'intestin qu'on voudrait ouvrir, et on diviserait dans toute son épaisseur la paroi abdominale. On reconnaîtrait l'intestin, et on l'attirerait entre les lèvres de la plaie, où il serait maintenu à l'aide d'un fil très fin; on attendrait que les adhérences se fussent formées, et quand on aurait acquis la certitude de leur existence, on inciserait l'intestin dans une étendue convenable.

Si j'avais la certitude que les parois abdominales, dans la région iliaque droite, ne fussent en rapport qu'avec le cœcum ou la fin de l'intestin grêle, je ne balancerais pas à appliquer un caustique pour préparer la voie et les adhérences avant d'ouvrir l'intestin. Cette opération *en deux temps* rentre parfaitement dans les principes que je professe et qui commencent à prendre faveur. Ainsi on a vu MM. Bégin et Marchal (1) proposer ce mode opératoire, mais par l'incision, au lieu du caustique, comme je voudrais qu'on pût le faire. Je noterai ici que M. Bégin, partisan de la méthode de Littre, est un de ceux qui ont assisté à des opérations pratiquées par M. Amussat, d'après la méthode de Callisen.

Méthode de Callisen. M. Amussat a essayé de la réhabiliter. Avant lui, la plupart des chirurgiens l'avaient condamnée. Je vais indiquer d'abord quelques dispositions anatomiques, je décrirai ensuite la méthode.

(1) *Annales de la chirurgie.*

Digitized by Google

Le colon descendant se continue avec le colon transverse dans l'hypochondre gauche, au-dessous du grand cul-de-sac de l'estomac, en avant de la rate, mais à une hauteur variable par rapport à la crête iliaque. On trouve jusqu'à 10 centimètres de variation. Le péritoine se comporte différemment, comme on sait, relativement au colon transverse et aux autres parties du gros intestin. Le colon transverse est toujours plus complétement enveloppé par le péritoine; il n'est nullement accessible aux opérations qui auraient la prétention de ne point léser le péritoine. La portion du colon descendant qui est située au-dessus de la crête iliaque, et dont la longueur varie de 35 à 160 millimètres, décrit parfois des flexuosités et est plus ou moins complétement enveloppée par le péritoine. Tantôt cette membrane passe seulement au-devant de l'intestin, s'applique contre la paroi abdominale et laisse une surface assez large par laquelle il peut être ouvert sans lésion de la membrane séreuse; tantôt l'intestin est enveloppé dans presque toute sa circonférence, de sorte qu'il ne reste qu'une bande très étroite en arrière, dépourvue de péritoine. Enfin, les deux feuillets péritonéaux peuvent arriver au contact et envelopper complétement l'intestin.

Il était important de savoir si, dans ces cas, le péritoine pouvait être séparé dans une certaine étendue de l'intestin; si, en se dilatant, celui-ci se dilate davantage dans la portion où la séreuse se réfléchit pour gagner les parois abdominales. Relativement à la première question, j'ai vu que tout décollement de l'intestin au-delà de ses limites naturelles était non seulement difficile, à cause de l'intimité des adhérences, mais *dangereux*, parce que le péritoine devient excessivement mince et se *déchire* avec la plus grande facilité.

Les vaisseaux sanguins qui vont, au reste, du tube intestinal, ou qui en viennent, sont contenus dans le mésentère, c'est-à-dire entre les deux feuillets péritonéaux. Pour le colon qui n'a pas de mésentère, les vaisseaux ne sont en rapport qu'avec une lame du péritoine pariéto-viscéral. Ils arrivent, non par la partie tout-à-fait postérieure, mais par la partie postérieure et interne, et ils offrent en ce point une disposition remarquable. On sait que les artères et les veines de l'intestin grêle forment dans l'épaisseur du mésentère des séries d'arcades anastomotiques en diminuant de calibre, en sorte qu'au voisinage du bord mésentérique de l'intestin on ne trouve

Digitized by Google

plus que des vaisseaux d'un petit calibre. Pour le gros intestin, ces séries d'arcades sont remplacées par une arcade unique formée, à droite, par les branches qui émanent de la concavité de la grande mésentérique, et, à gauche, par celles qui viennent de la petite. Or, cette arcade, représentée, dans la portion d'intestin qui nous occupe, par une grosse branche marchant parallèlement à lui, en est très rapprochée et correspond ordinairement au lieu de réflexion du péritoine en dedans de l'intestin. Cette branche fournit les rameaux, dont les uns, antérieurs, et les autres, postérieurs, s'anastomosent sur la portion diamétralement opposée du canal intestinal. Il résulte de cette disposition des vaisseaux mésentériques : 1° que la partie postérieure médiane est dépourvue de grosses branches; 2° que sur cette portion on ne trouve que des branches disposées transversalement; 3° que ces branches sont plus grosses du côté interne, qui correspond à leur origine, que du côté externe, qui correspond à leur terminaison.

Si on insuffle l'intestin pour mesurer sa circonférence dans les cas normaux, on trouve 12 à 19 centimètres. La différence est beaucoup plus grande pour le rapport qui existe entre la portion revêtue par le péritoine et celle qui en est dépourvue. Cette variation porte sur les chiffres 6 et 2 centimètres. Cette portion dépourvue de péritoine m'a semblé se distendre davantage, car ce dernier chiffre 0,02 est celui d'un cas où il existait un mésocolon. Pour expliquer mes dernières paroles, qui semblent au premier abord contradictoires, je dois dire que, même dans les cas de mésocolon, il y a toujours en arrière une portion où le péritoine n'adhère pas à l'intestin. Ce sont ces limites d'adhérences naturelles que j'ai prises pour mesurer la portion dépourvue de péritoine.

Si, après avoir ouvert le ventre, on enfonce un instrument à travers la paroi abdominale postérieure au niveau du colon descendant et du bord supérieur de la crête iliaque, la pointe de l'instrument va sortir à une distance de la série des apophyses épineuses, qui varie entre 8 et 13 centimètres.

Voici, d'ailleurs, un tableau qui résume les faits d'anatomie topographique que je viens d'exposer.

Digitized by Google

Tableau représentant quelques rapports du colon descendant, nécessaires à connaître pour apprécier la méthode de Callisen.

SEXE ET AGE DES SUJETS.	L'intestin est à la distance des apophyses épineuses du rachis.	La portion du colon descendant dépasse le niveau de la crête iliaque de :	Circonférence de l'intestin insufflé.	Étendue de la portion dépourvue de péritoine, intestin insufflé
	Millimètres.	Millimètres.	Millim.	Millimètres.
Sur une jeune fille de 15 ou 16 ans. .	0,088	0,040	0,150	0,060
Homme de 30 ans. .	0,130	0,140	0,140	0,046
Homme de 30 ans. .	0,118	0,130	8,190	0,050
Femme de 55 ans. .	0.080	0,110	0,140	0,040
Femme de 60 ans. .	0.090	0,150	0,160	0,045
Femme de 65 ans. .	0,120	0,135	0,120	0,050
Femme de 75 ans. .	0,120	0,160	0,140	0,020

Callisen dit dans son ouvrage (1) : « L'incision du cœcum ou du colon descendant qui a été proposée dans cet état de choses (imperforation du rectum chez les enfants), au moyen d'une section pratiquée dans la région lombaire gauche, sur le bord du muscle carré des lombes, pour établir un anus artificiel, présente une chance tout-à-fait incertaine, et la vie du petit malade pourra à peine être sauvée; toutefois l'intestin peut être atteint plus facilement dans ce lieu qu'au-dessus de la région iliaque. »

Cette description est bien peu explicite. On y voit que le procédé de Callisen ne lui appartient pas. Il en parle comme d'un mode opératoire que l'*on a proposé*. Sabatier développe cette idée sans la compléter. Mais prenons le procédé tel qu'on le pratique aujourd'hui, c'est-à-dire tel que l'enseigne M. Amussat (2).

On pratique une incision transversale à deux travers de doigt au-dessus de l'os des iles, ou mieux au milieu de l'espace compris entre la dernière fausse côte et la crête de l'os des iles; elle commence au bord externe de la masse commune et s'étend jusqu'au milieu du bord supérieur de l'os des iles, ou bien jusqu'à la ligne latérale du corps, et enfin on lui donne quatre ou cinq travers de doigt. Les apophyses épineuses lombaires, la dernière fausse côte et la crête de l'os des iles sont des points osseux qu'on peut prendre

(1) *Systema chirurgiæ hodiernæ*, *Hafniæ*, 1813, t. I.

(2) *Mémoires sur l'anus artificiel*, Paris, 1839. 1841, 1843, 3 parties in-8°.

Digitized by Google

pour se diriger. Cependant la crête de l'os des iles est le guide le plus sûr, et on peut dire que l'incision transverse doit correspondre au tiers moyen du bord supérieur de cet os. Après avoir divisé la peau et tous les tissus superficiels, on peut couper en croix les couches profondes afin de mieux découvrir l'intestin ; par le moyen de l'incision transversale, on agit dans un grand espace d'avant en arrière ; on peut même soulever avec facilité le carré lombaire et inciser son bord externe si c'est nécessaire ; enfin on voit qu'on est bien plus en mesure pour se diriger et chercher l'espace celluleux de l'intestin. L'incision cruciale profonde est fort utile ; elle favorise singulièrement la recherche de l'intestin ; on devrait la faire par la peau si le sujet avait beaucoup d'embonpoint.

Le temps le plus délicat de l'opération, c'est de se décider à percer l'intestin. Avant d'ouvrir le colon, on doit le mettre à découvert ; s'il est contracté, il faut le chercher en arrière ; quelquefois, en ce cas, il est complétement caché sous le carré lombaire. Le tissu cellulaire graisseux qui l'enveloppe doit être enlevé avec précaution.

La pression avec le doigt et la percussion sont les meilleurs moyens pour s'assurer de la présence de l'intestin ; le défaut de résistance en dehors du colon est un signe fort important. Quelquefois on reconnaît le colon à sa couleur verdâtre.

On saisit alors avec des pinces ou on le traverse avec un fil porté par une aiguille, et on en fait la ponction avec un trois-quarts ; on agrandit l'ouverture dans le sens vertical. On porte les lèvres de la plaie au dehors pour les mettre en rapport avec les lèvres de la plaie faite à la peau, et là elles sont fixées par des points de suture, le plus près possible de l'angle antérieur de la plaie des parois abdominales. Le reste de cette plaie est réuni encore par la suture.

M. Vidal (de Poitiers), qui est loin d'avoir voulu écrire contre la méthode de Callisen, lui porte un rude coup quand il dépeint l'anxiété extrême dont les assistants furent saisis, dans l'opération dont il rend compte, alors que les intestins ayant été mis à nu, on se demandait si c'était le gros intestin ou l'intestin grêle qu'on avait sous les yeux. Vous n'avez donc aucun moyen de distinguer si l'intestin est ou non recouvert de sa séreuse, et vous vous confiez un peu au hasard ?

On voit, dans une observation de M. Amussat, que G. Breschet engagea ce chirurgien à essayer d'aller à la recherche de l'S du co-

Digitized by Google

lon en décollant le péritoine de la fosse iliaque, comme on le fait pour la ligature de l'artère iliaque externe.

Une opération analogue fut pratiquée du côté droit, en 1818, par Dupuytren, pour remédier à une imperforation de l'anus chez un enfant. Une incision ayant été pratiquée dans le flanc droit, l'opérateur arriva sur le cœcum sans intéresser le péritoine, et ouvrit l'intestin. Quelques matières furent rendues. Le sujet succomba à une péritonite.

Parallèle des méthodes de Littre et de Callisen.

La méthode de Littre pénètre directement dans le ventre; le péritoine étant ouvert, une phlegmasie plus ou moins étendue de cette séreuse est immanquable, elle est nécessaire. Par la méthode de Callisen, on ouvre le gros intestin avec la prétention de ne pas léser le péritoine et celle de ne point provoquer de péritonite. On ambitionne les principaux avantages de la méthode de Littre moins la péritonite, moins le fait qui constitue pour ainsi dire à lui seul toute la gravité de l'opération. Mais les prétentions des partisans de Callisen sont-elles toujours justifiées? la pratique vient-elle confirmer les prévisions théoriques? C'est là ce qu'on croit de bonne foi avoir démontré. Voyons :

L'objection première faite à la méthode de Callisen repose sur la disposition anatomique du péritoine dans ses rapports avec le gros intestin. Selon les anatomistes, chez les enfants cette séreuse forme quelquefois un mésentère à cette partie du tube digestif, et cette disposition peut persister dans l'âge adulte. Alors on ne pourrait pénétrer dans l'intestin qu'en ouvrant le péritoine; alors l'opération de Callisen n'existerait plus : or, a-t-on prouvé que cette disposition anormale du péritoine signalée par les auteurs n'existait pas? M. Amussat avance *qu'il n'a jamais trouvé jusqu'à présent de mésocolon lombaire*. C'est là une assertion à laquelle j'oppose l'assertion contraire de Sabatier, Boyer, de M. Cruveilhier, lesquels signalent l'existence d'un mésocolon, ce qui prouverait qu'ils l'ont rencontré. Je me suis livré à quelques recherches anatomiques qui prouvent que le mésocolon peut exister. J'ai établi aussi que toujours sur *une certaine portion* du colon lombaire on peut décoller le péritoine. Mais cette portion est quelquefois très bornée. Alors, malgré la précaution que l'on pourrait prendre de dilater l'intestin, il sera

Digitized by Google

difficile de trouver un pareil interstice celluleux dans une plaie aussi profonde que celle de la méthode de Callisen, et on a les plus grandes chances d'ouvrir le péritoine. Ces difficultés d'exécution n'avaient pas échappé à Sabatier.

On cite cinq cas d'individus opérés par la méthode de Callisen, *sans ouvrir la séreuse*. Mais les preuves sont-elles suffisamment établies? comment M. Amussat s'est-il assuré qu'a son insu il n'avait intéressé le péritoine dans aucun point? On répond que presque tous les individus opérés ont survécu. Mais cela ne prouve pas que la séreuse n'ait pas été atteinte. Il a pu exister, là où le péritoine a été lésé, une inflammation circonscrite qui n'a pas été mortelle; voilà tout. Toutes les opérations par la méthode de Littre n'ont pas été mortelles, et cependant cette opération fait toujours naître une péritonite.

Une autre objection qui n'a été adressée par personne, que je sache, à la méthode de Callisen, est celle-ci : supposez qu'on pénètre toujours dans l'interstice celluleux sans ouvrir le péritoine; s'ensuit-il nécessairement que l'on évitera dans tous les cas la péritonite? Mais du fond de cette plaie pratiquée dans la région lombaire, il faut attirer l'intestin jusqu'au niveau des téguments, et cela ne peut s'exécuter sans décoller ou tirailler plus ou moins le péritoine. Or, j'ai dit et prouvé anatomiquement que ce péritoine, au point où il ne pouvait plus être décollé, se déchirait facilement. Pour la cicatrisation des parois d'une plaie si vaste, il se développera un travail phlegmasique étendu qui pourra très bien se communiquer à la séreuse. Dans la ligature de l'iliaque, on n'ouvre pas non plus le péritoine, et cependant un des plus graves accidents de cette opération est une péritonite consécutive. Je ne veux pas établir une similitude complète entre les chances d'une péritonite dans les deux opérations, puisque j'admets que celle de Littre la produit toujours; mais je ne veux pas non plus que l'on se croie entièrement à l'abri d'une péritonite pour n'avoir pas ouvert le péritoine. D'ailleurs voici ce qu'en pense M. Amussat : « J'engage les praticiens à ne pas essayer un procédé aussi défectueux (celui de M. Breschet), qui consiste à aller ouvrir l'*S* du colon sans toucher au péritoine. Il suffirait d'un simple examen pour se convaincre que le décollement du péritoine avec une ouverture à l'intestin expose davantage à la péritonite, que le moindre épanchement peut devenir funeste (pages 197 et 198 du premier mémoire de M. Amussat).

Digitized by Google

Pour résoudre pleinement ces questions, il faudrait des faits nombreux, bien observés, et nous ne possédons que les cinq cas rapportés par M. Amussat; et ces faits exposés, très longuement, manquent cependant de détails. Pour moi, j'y crois, parce que je crois toujours à ce qu'écrit un confrère; mais la science est plus difficile que, moi et si elle analyse la deuxième observation (1), voici ce qu'elle trouve :

Il s'agit d'une femme de soixante ans affectée d'un cancer de la partie supérieure du rectum. Un anus artificiel fut établi sur le colon lombaire droit, et la malade mourut le dixième jour après l'opération. C'est le seul cas d'insuccès *primitif*, et il était important de connaître quelle avait pu en être la cause. Dans l'examen des symptômes, nous trouvons, pour le premier jour qui suivit l'opération, l'abdomen un peu douloureux du côté droit et le pouls à 88 pulsations. Le second jour il n'est plus question de la sensibilité abdominale, du nombre des pulsations, et on se contente de dire que la réaction fébrile n'est pas plus forte que la veille. Le troisième jour, il existe quelques douleurs dans les fosses iliaques, et le pouls est à 80. Le quatrième jour on note un érysipèle de la face. Même insensibilité du ventre, et le pouls est à 80. Le cinquième jour, l'érysipèle ou l'érythème, comme le dit l'auteur de l'observation, a disparu, il y a eu des coliques, l'abdomen est un peu douloureux, le pouls est à 92. Le sixième jour, abattement, plaintes continuelles, coliques assez vives, suivies d'évacuations abondantes; le pouls a perdu de sa force et a acquis de la fréquence. Le nombre des pulsations n'est pas indiqué. *A partir de ce jour, les symptômes de l'entérite ont acquis de la gravité, malgré l'emploi de tous les moyens qui auraient dû arrêter la marche de cette affection. Les coliques sont devenues plus vives, des vomissements sont survenus; la malade s'est graduellement affaiblie, et succombe le dixième jour après l'opération.* Ainsi, sur dix jours qu'a duré la maladie, nous n'avons quelques renseignements que sur les six premiers. Il aurait été intéressant de voir si les symptômes d'une péritonite avaient existé; et comment le savoir? M. Amussat nous dit qu'il s'était développé une entérite (pour moi, je me contente de son assertion), mais les esprits plus sévères trouveront difficilement les signes d'une entérite dans les

(1) *Deuxième mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans les régions lombaires*, Paris, 1841, pag. 24.

Digitized by Google

quelques symptômes qu'il a bien voulu nous donner. Il en est qui pourraient bien y trouver les caractères d'une autre phlegmasie.

Voyons l'autopsie ; elle est pratiquée trente-six heures après la mort. La putréfaction du cadavre est assez avancée pour produire une teinte verdâtre de la paroi extérieure de la poitrine et de l'abdomen. Parmi les détails se trouvent ceux-ci, pag. 35, lig. 29 : *Il n'y a pas de trace de péritonite ; une très petite quantité de sérosité roussâtre est épanchée dans le bassin.* A la page suivante, ligne 38, les faits sont un peu différents, et il est dit : *Il n'existe point de liquide dans le péritoine.* Tout-à-l'heure il n'y avait qu'un peu de liquide dans la séreuse, et maintenant il n'y en a plus. Mais poursuivons, et voici la cause de l'insuccès ; page 36, ligne 32, on lit : *Les intestins grêles sont enflammés dans plusieurs points ; ces traces d'inflammation sont d'autant plus marquées que l'on approche davantage de l'estomac, qui, lui même, en est exempt.* On a déjà dit, dans le courant de l'observation, que la malade avait succombé par une entérite ; on insiste donc beaucoup sur ces altérations pathologiques . et dans les réflexions qu'elles suggèrent on ajoute : *L'affection cancéreuse du rectum était ramollie par un travail inflammatoire qui, probablement, de proche en proche avait envahi la membrane muqueuse des intestins grêles.* Mais cette entérite, comment se fait-il qu'ayant son point de départ dans l'intestin rectum, elle soit d'autant plus avancée que l'on se rapproche de l'estomac? Voilà ce que diront les hommes qui désirent des descriptions exactes et non des assertions. L'inflammation a-t-elle pu, de proche en proche, envahir l'intestin grêle en partant du gros intestin, qui n'était pas enflammé? M. Amussat avait probablement oublié cette circonstance notée à l'autopsie. Dans la même page (36) il dit : *Il n'y a pas d'indice bien certain d'inflammation dans le gros intestin, si ce n'est au voisinage de l'ouverture artificielle, où on en voit quelques traces.* On le voit, avec de pareilles observations, où les détails les plus importants manquent, où l'on rencontre des faits contradictoires, la science ne peut se constituer, et on ne peut répondre aux objections adressées à la méthode de Callisen. Maintenant je vais accepter dans ces observations le résultat brut, compter les succès et les insuccès, examiner laquelle des deux méthodes de Callisen ou de Littre a été la plus heureuse.

La première compte cinq opérations pratiquées par M. Amussat et ainsi réparties :

Digitized by Google

1° — Femme de 48 ans. — Vécu 5 mois.
2° — Homme de 62 ans — Succès persistant après 2 ans.
3° — Femme de 50 ans. — Succès.
4° — Femme de 60 ans. — Mort après 10 jours.
5° — Homme de 57 ans. — Vécu 3 mois.

En acceptant les faits tels que les a publiés M. Amussat, sans examiner l'opportunité de ces opérations, il y a en résumé quatre succès et un insuccès.

La méthode de Littre compte un plus grand nombre de cas; je les transcris tels que M. Amussat les a recueillis.

1° — Homme de 44 ans. —	Succès somplet.	(Opér.	P. Martland.)
2° — Femme de 64 ans. —	Vivait après 6 mois.	(—	Pring.)
3° — Femme de 63 ans. —	Vécu 3 mois 1 2.	(—	Fine.)
4° — Homme de —	Mort au 28e jour.	(—	Pillore.)
5° — Homme de 47 ans. —	Mort 8 jours après.	(—	Freer.)
6° — Femme de —	Mort 2 jours après.	(—	Velpeau.)
7° — Femme de 47 ans. —	Mort 24 heures après.	(—	Amussat.)

Avant d'établir quelque rapport entre tous ces faits, je dois me conformer à cette règle, qu'il faut toujours suivre dans l'appréciation des méthodes opératoires : exclure d'abord les insuccès qui ont eu évidemment une autre cause que l'opération. Or, des sept derniers faits que je viens de citer, trois doivent être rejetés.

1° Le premier est celui de Pillore. Le malade avait pris, plusieurs jours avant l'opération, deux livres de mercure; cette masse pesante n'ayant point été rendue avait entraîné le jéjunum derrière la vessie. Au vingt-huitième jour après l'opération, quand tout danger semblait passé, quand l'intestin ouvert était adhérent au pourtour de la plaie, éclatèrent des accidents graves qui amenèrent la mort. Cette terminaison funeste trouve son explication évidente dans les désordres qu'avait causés le mercure resté dans l'intestin.

2° Chez la malade opérée par M. Velpeau, il existait une péritonite avant l'opération : aussi ce professeur a-t-il soin de dire que ce fait, dont l'insuccès était presque assuré, ne prouve rien pour ou contre la méthode de Littre. En vain M. Amussat prétend-il que le malade de sa première observation avait aussi une péritonite. Il n'y a aucune parité entre les deux cas. La malade de M. Velpeau présentait une péritonite générale, développée avant l'opération, produite par une affection organique très avancée; l'autre n'avait qu'une

Digitized by Google

péritonite très douteuse, circonscrite, produite par une hernie crurale, développée quatre jours après l'opération, et qui a dû céder à des moyens antiphlogistiques très simples. Toute péritonite qui guérit ainsi n'est pas bien à craindre.

3° La dernière malade opérée par M. Amussat ne vécut que vingt-quatre heures, et ce chirurgien s'exprime lui-même ainsi : « Les chances de succès étaient si faibles par l'état de la malade, que M. Magendie hésitait à approuver l'opération. Le froid des extrémités, la couleur livide de la peau, le pouls petit et filiforme; tout, en un mot, annonçait que la malade succomberait malgré cette opération, faite trop tard, alors qu'aucune réaction ne pouvait plus s'établir. C'est-à-dire que l'opération avait été pratiquée sur un cadavre. Ces trois faits retranchés, restent :

Pour la méthode de Callisen	4 succès sur 5 cas.
Pour celle de Littre	3 succès sur 4 cas.

Maintenant si on ajoute que Martin jeune et ses contemporains considèrent le fait de Pillore comme un succès, que devient la réhabilitation de la méthode de Callisen? Où est cette grande prééminence qu'on prétend avoir démontrée? Quant à moi, je crois, pour juger de pareilles questions, devoir attendre des faits plus nombreux et surtout mieux observés que ceux que possède la science. Jusque là, tout en reconnaissant le talent développé dans cette circonstance par M. Amussat, je m'en tiendrai à l'opinion de Sabatier, de Dupuytren, Bégin, Velpeau, Goyrand, etc., opinion qui est aussi celle que M. Marchal (de Calvi) a nettement formulée dans un article inséré dans les *Annales de chirurgie* sur le premier mémoire de M. Amussat. M. Marchal s'est attaché, en outre, à faire ressortir l'incommodité plus grande d'un anus situé en arrière, comparativement à un anus situé en avant.

Somme toute, rien ne démontre encore que la méthode de Callisen doive être préférée à celle de Littre. Les faits n'ont pas encore assez parlé pour résoudre définitivement la question. Le raisonnement serait plutôt en faveur de la méthode de Littre, et les autorités sont contre celle de Callisen.

III. EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DU RECTUM.

Cette opération est soumise aux règles de l'extraction de tous les corps étrangers. Il est cependant des modifications qui tiennent à

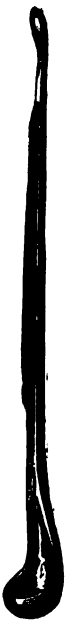
Digitized by Google

l'organe sur lequel on opère, et des préceptes particuliers que l'expérience, le génie, ont créés. Je les ferai connaître en citant les cas particuliers qui les ont inspirés.

Avant toute manœuvre dans le rectum, on fera bien de vider la vessie, pour faciliter le jeu des instruments et afin d'éviter la lésion de ce réservoir; c'est dans cette intention aussi que les instruments s'en éloigneront le plus possible en se rapprochant plutôt du sacrum. On aura de l'huile ou un corps gras pour oindre ces instruments.

Les pinces, des tenettes suffisent dans le plus grand nombre de cas pour extraire les corps étrangers d'un petit volume et qui sont libres. Il est encore plus simple de se servir d'un ou de deux doigts. Ils sont utiles surtout pour extraire les calculs stercoraux et les matières fécales retenues trop longtemps dans le rectum. La curette du lithotomiste, que je représente ici (fig. 86), peut remplacer avantageusement les doigts dans certains cas. C'est quelquefois une cuiller à café. La main entière a été aussi employée; il faut alors agir progressivement, afin de ne pas déchirer l'anus. Quand la main du chirurgien est trop grosse, il doit en emprunter une plus petite, plus souple. On a quelquefois utilisé celle d'une femme; on s'est servi de celle d'un enfant dans le cas que voici : Un religieux crut se guérir d'une violente colique en introduisant dans son rectum une bouteille d'eau de la reine de Hongrie; le bouchon avait un petit trou qui faisait suinter la liqueur. La bouteille entra entièrement dans le rectum. Tous les moyens d'extraction échouèrent, mais la main d'un garçon de huit à neuf ans eut assez d'adresse pour faire sortir ce singulier suppositoire (1).

Fig. 86.



La forme, la direction du corps étranger peut nécessiter une manœuvre particulière. Ainsi un corps d'une certaine longueur peut être enfoncé dans les parois du rectum, et c'est ordinairement le bout inférieur le plus voisin de l'anus qui est engagé. On devra alors faire remonter le corps étranger en le saisissant vers le bout supérieur; le bout opposé se trou-

(1) Voyez Nollet, *Observations curieuses*, obs. XXXVIII, page 103.

Digitized by Google

vant ainsi dégagé, on le pince à son tour, et l'extraction devient alors facile. J'ai déjà dit, en traitant de la pathologie des corps étrangers, qu'il est des cas où il faut opérer une véritable version du corps à extraire.

Un corps étranger a quelquefois des aspérités qui s'enfoncent dans l'épaisseur du rectum; entre chaque pointe, la muqueuse forme des brides qu'il faut quelquefois diviser; car, en se bornant aux tractions, il faudrait qu'elles fussent fortes pour avoir un résultat: alors on produirait des déchirures graves. Une pointe de ces corps peut s'enfoncer dans la vessie, et là devenir plus volumineuse par des dépôts de l'urine; le corps étranger est, pour ainsi dire, rivé du côté de la vessie, et on ne peut le dégager que par un débridement: c'est ce que fit Camper sur un matelot. Le cathétérisme de la vessie lui avait dévoilé cette particularité.

Quand le corps étranger est très volumineux, on doit diviser l'anus ou le corps étranger lui-même; si on veut éviter des accidents du côté du rectum, de la vessie, de la prostate et même de l'urètre, on multipliera les divisions de l'anus; on se conformera aux principes du *débridement multiple*. Si le corps étranger est fragile, et si on a la certitude de pouvoir extraire tous les fragments, c'est lui qu'il faut diviser. Ici des instruments construits sur le modèle de ceux des lithotriteurs seront très applicables. Desault brisa dans le rectum un corps étranger très volumineux pour être extrait entier: c'était un pot de confitures dont l'anse était cassée et qui n'avait pas de fond; de forme conique, il avait été enfoncé par l'extrémité la moins large, qui avait cependant 271 millimètres de diamètre. De vains efforts d'expulsion, de vaines tentatives d'extraction avaient été faits. La partie supérieure du rectum s'était renversée, enracinée dans ce vase, qui, comme je l'ai dit, n'avait pas de fond. De là, tuméfaction, irritations, inflammations. Desault écarte l'intestin des parois du vase, saisit celui-ci avec une forte tenette qu'il enfonce le plus haut possible, et qu'il confie ensuite à un aide; avec ce point d'appui et une autre tenette introduite de la même manière, le pot de confitures est brisé en plusieurs petits fragments qui sont extraits sans blesser le rectum. Des topiques émollients sont appliqués, le prolapsus est réduit et contenu, et, quinze jours après l'opération, le malade sort guéri de l'Hôtel-Dieu (1). C'est cet exemple que les

(1) *Journal de chirurgie*, par Desault, Paris, 1792, t. III, p. 177.

Digitized by Google

élèves de l'Hôtel-Dieu ont voulu suivre dans ces derniers temps pour extraire un verre enfoncé dans le rectum, mais les bords du verre une fois brisés, il y eut impossibilité de l'extraire directement.

Quand c'est un fragment de bois, on peut le saisir en le pénétrant avec une vrille ou avec le tire-fond dont je me sers pour les résections osseuses.

Voici un corps étranger qui, par sa nature, nécessitait un moyen tout spécial comme les chirurgiens ingénieux savent en trouver. Des étudiants exercèrent une singulière vengeance sur une fille publique : ils prirent une queue de cochon gelée, la tondirent un peu de près pour que les poils fussent plus roides, plus piquants, puis ils l'introduisirent, par la grosse extrémité, dans l'anus de cette malheureuse. Comme on le pense bien, des tractions sur la queue ne purent qu'irriter et provoquer le gonflement des parties; il survint des douleurs abdominales qui mirent les jours de cette fille en danger. Quand Marchettis fut appelé, il y avait six jours que la queue était dans le rectum ; il la retira par un procédé aussi simple qu'ingénieux : il attacha au bout de la queue un gros fil ciré qu'il passa dans un tube en roseau, dont une extrémité était arrondie; pendant qu'il poussait ce tube dans le rectum, il retenait avec le fil la queue, laquelle put être extraite quand il y eut entre elle et le rectum les parois de cette canule en roseau.

Je pense qu'on faciliterait une pareille extraction avec un spéculum à deux valves, dont chacune d'elles serait séparément appliquée entre le corps étranger et le rectum.

Quel que soit le moyen appliqué, si les manœuvres ont été prolongées, si le corps étranger, par son volume, sa forme, a blessé le rectum, s'il y a eu chute de la muqueuse ou de la partie supérieure de cet intestin, on fera bien de faire garder le repos au malade pendant quelques jours, de le soumettre à un régime adoucissant et d'appliquer des topiques émollients; quelques injections de lait, d'eau de mauve, des décoctions de têtes de pavot conviennent dans certains cas.

IV. MANŒUVRES ET OPÉRATIONS MOTIVÉES PAR LA CHUTE DU RECTUM.

La réduction, comme je l'ai déjà décrite, n'est qu'un moyen palliatif; le prolapsus se reproduit tôt ou tard. On a donc cherché les moyens qui pourraient éviter les récidives. On a cru réussir : 1° en

Digitized by Google

enlevant, en partie ou en totalité, la tumeur : *excision de la tumeur ;* 2° en déterminant par la *cautérisation* une inflammation qui aurait pour résultat la formation d'un tissu inodulaire; 3° enfin on a songé à rétrécir l'anus, pour qu'il empêchât la sortie de la muqueuse du rectum : *excision* des plis de l'anus, ablation d'une partie du sphincter.

Excision de la tumeur. Sabatier a excisé en soulevant avec des pinces ou avec des érignes la partie la plus saillante du bourrelet, qu'il disséquait avec des ciseaux courbes sur le plat. D'autres chirurgiens, imitant le procédé de Boyer pour l'excision des hémorrhoïdes, ont traversé le bourrelet avec un fil qui a remplacé les érignes. La tumeur peut entièrement être traversée à sa base par deux anses de fil qui la fixent et l'empêchent de rentrer ; puis avec un bistouri convexe on fait une incision circulaire qui emporte la totalité de la tumeur.

L'excision paraît être le moyen le plus favorable pour éviter la récidive. Il n'est cependant pas infaillible ; car il est rare qu'on puisse enlever toute la membrane muqueuse qui est relâchée ou malade, et on doit redouter l'hémorrhagie : aussi devra-t-on lier les artères à mesure qu'elles sont divisées, et avoir des fers chauds tout prêts pour les cas où la ligature est insuffisante ou trop difficile.

Cautérisation. On dit au malade de pousser pour rendre l'anus saillant autant que possible. Avec un cautère cultellaire, chauffé à blanc, on pratique des raies de feu, d'autant plus nombreuses que la tumeur est volumineuse et qu'elle se reproduit plus facilement. Par le feu, on espère provoquer la formation d'un tissu inodulaire, qui a, comme on le sait, une propriété rétractile très prononcée. Ce moyen, qui n'est pas exempt d'inconvénients, qui peut provoquer une rectite grave, n'est pas plus infaillible que la résection.

Excision des plis de l'anus. Hey en eut la première idée en 1788, et Dupuytren, plus tard, en a fait une méthode.

Voici comment procédait le chirurgien de l'Hôtel-Dieu : le malade était couché sur le ventre, la partie supérieure du tronc et la tête dans une position déclive ; le bassin était fort élevé, et tenu dans cette position par plusieurs oreillers ; les fesses étaient écartées, pour découvrir la tumeur de l'anus. L'opérateur, avec une pince à dissection à mors larges, saisissait successivement, à droite et à gauche, et même en avant et en arrière, de deux jusqu'à six plis rayonnants de l'anus; avec des ciseaux courbes sur le plat, il enlevait chaque pli à mesure qu'il le soulevait. L'excision était pro-

Digitized by Google

longée jusqu'à l'anus, et même au dedans, pour que le resserrement pût s'opérer dans une grande étendue. Pour un prolapsus médiocre, l'excision ne portait que sur deux ou trois plis ; si, au contraire, le relâchement était très considérable, on allait jusqu'à un demi-pouce de profondeur, et on excisait un plus grand nombre de plis. Je vois avec satisfaction qu'on recommande pour cette opération mes pinces à disséquer terminées par deux dents d'érigne : c'est cette pince que je fis faire pour l'excision des végétations vénériennes il y avait huit à dix ans en 1839.

Dupuytren ne faisait point de pansement. M. Velpeau préfère favoriser la suppuration par l'introduction d'une petite mèche, pour procurer la formation du tissu cicatriciel. Si j'ai bien compris le procédé de M. A. Robert, qui se trouve décrit dans un travail lu à l'Académie (1), il consiste à enlever un lambeau à l'anus par deux incisions disposées en V, comme celles qu'on fait quelquefois pour extirper certaines tumeurs des lèvres; la plaie serait ensuite réunie par la suture enchevillée. Ce procédé, plus grave et plus difficile à exécuter que les autres, ne mettrait pas plus à l'abri de la récidive, s'il est vrai que la femme opérée par M. Robert, et qu'il croyait guérie, porte encore son prolapsus.

Je l'ai déjà fait entrevoir, quand il y a prolapsus simple chez l'enfant, le temps seul le guérit radicalement. Quand c'est un adulte, il peut être simple ou compliqué. Dans le premier cas, si le sujet peut longtemps contenir la tumeur et s'abstenir de tout effort, il y a des chances de guérison par l'opération d'après le procédé de Dupuytren. Mais ordinairement le prolapsus des adultes est très ancien; il vient de l'enfance ou bien il se trouve lié à un état de faiblesse générale, à une décrépitude prématurée : alors rien ne réussit, pas plus l'excision que la cautérisation. Il faut rendre le ressort à toute l'économie pour que le rélâchement de l'anus cesse : or rien de plus difficile que de parvenir à un si heureux résultat, et on comprend que, pour l'obtenir, l'hygiène est ici plus puissante que la médecine opératoire. Dupuytren a opéré un Anglais qu'il considérait comme guéri et qui ne pouvait l'être : je le connais; c'est l'emblème de la débilité; il porte une hernie, il a les membres inférieurs couverts de varices, il a une amblyopie paralytique, et son moral est

(1) *Mémoire de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1843, t. X, pag. 88.

Digitized by Google

plus débile encore que son physique. Que peut sur un pareil sujet une opération, quelle que soit l'excellence du procédé et l'habileté du chirurgien qui l'exécute? Elle échoue toujours comme elle a échoué sur cet Anglais.

V. OPÉRATIONS MOTIVÉES PAR LES FISSURES A L'ANUS.

Dans la vraie fissure, les moyens qui sont considérés comme ayant une efficacité réelle sont la cautérisation, la compression et l'incision simple ou multiple.

Cautérisation. Béclard annonçait (1) qu'il avait employé la cautérisation avec un succès presque constant. Le nitrate d'argent, porté sur la fissure dans toute son étendue, transformerait cette espèce d'ulcère en une plaie simple. Richerand, qui avait fait l'essai de ce moyen à l'hôpital Saint-Louis, et qui n'avait pas obtenu les mêmes succès, combattit Béclard. Depuis, la cautérisation a été tentée de nouveau, et ses insuccès font généralement penser que si Béclard a souvent réussi par ce moyen, c'est qu'il opérait sur des fissures sans constriction spasmodique, ou bien si réellement il s'agissait de ces fissures, il les guérissait par la dilatation plutôt que par la cautérisation, car il employait en même temps et le nitrate d'argent et des mèches dilatantes (2). Ce moyen est souvent employé sur les sujets pusillanimes qui redoutent l'incision, comme si la cautérisation n'était pas aussi douloureuse!

Compression. On l'exerce avec des mèches progressivement augmentées, au point de vaincre la résistance du sphincter. M. Velpeau dit avoir entendu A. Dubois soutenir que ce moyen réussissait *constamment*. Béclard l'a préconisé. On voit, par la thèse de M. Cabanellas (3), que M. Marjolin en a obtenu de bons résultats. M. Velpeau dit qu'il n'a employé encore que deux fois les mèches dilatantes; mais leurs effets ont été, selon lui, si heureux, qu'il n'hésite pas à les conseiller formellement. Ce chirurgien accorde peu de valeur à l'objection tirée de la douleur de la constriction de l'organe. « Le tout est de ne pas reculer devant la première, et de la porter rapidement au plus grand volume possible, quelle que soit la résistance du sphincter. La douleur, excessivement vive durant la pre-

(1) *Archives de médecine*, t. VIII.

(2) Velpeau, *Dictionnaire en 21 volumes*, article Anus.

(3) *Propositions sur quelques points de chirurgie*, 1826.

Digitized by Google

mière heure, se calme ensuite peu à peu, et disparaît en grande partie avant qu'on en soit à la quatrième ou à la cinquième mèche.» M. Velpeau a enduit les mèches avec les diverses pommades calmantes; elles n'ont produit ni plus ni moins d'effet que le cérat. J'ai quelquefois employé ces mèches avec succès quand je les faisais enduire d'un onguent, moitié mercuriel, moitié belladonisé.

L'autorité de Dubois et celle de M. Velpeau, les faits que je possède sont suffisants pour que le praticien tente la dilatation quand le malade reculera devant l'incision; mais ce même malade, selon moi, reculera davantage devant cette espèce de *dilatation* forcée dont parle M. Velpeau.

Incision. C'est un vrai débridement de l'anneau contractile représenté par le sphincter. Cette opération, proposée par Boyer, est peu douloureuse; elle est d'une exécution facile et rapide, et c'est certainement l'opération chirurgicale dont le succès est le plus assuré. Boyer dit: « Dans le cours de ma pratique, je l'ai traitée (la fissure) chez cent individus au moins... (Boyer employait toujours l'incision.) Tous les malades sur lesquels j'ai pratiqué cette opération ont guéri radicalement, complétement, et sans retour des douleurs de la fissure et de la constriction. » De quelle opération peut-on en dire autant? J'avoue que l'absence complète d'un petit insuccès sur un si grand nombre de succès mettra singulièrement à l'épreuve la foi qu'on a l'habitude d'avoir en la parole de Boyer, surtout si on se rappelle qu'il est arrivé plus d'une fois à Béclard, Richerand, Roux, Lagneau et autres, d'échouer complétement par la même opération. Quoi qu'il en soit, et quelle que soit la soustraction irrévérencieuse qu'on voudrait faire subir au chiffre du vénérable chirurgien de la Charité, restera toujours un total suffisant pour faire considérer cette opération comme une des plus heureuses de la chirurgie. Cependant on ne devrait pas s'exagérer son innocuité et cacher les faits qui lui sont défavorables. Il est à ma connaissance, dit M. Velpeau, que deux sujets sont morts après l'avoir subie. L'un, jeune femme forte et bien constituée, ne succomba qu'au bout de plusieurs mois. Des adhérences s'étaient établies entre les organes de l'excavation pelvienne, et le tissu cellulaire des environs de l'intestin renfermait du pus à l'état d'infiltration. L'autre, homme âgé de trente-cinq à quarante ans, fut pris, le douzième jour de l'opération, d'une violente entéro-péritonite, et mourut dans mon service à la Pitié, au mois de novembre 1831.

Digitized by Google

Des foyers purulents assez nombreux furent trouvés sous le péritoine (1).

Voici d'ailleurs le manuel opératoire : des lavements ou de doux purgatifs ont vidé le gros intestin ; le malade est placé comme pour l'opération de la fistule à l'anus. Les deux fesses sont fortement écartées par un aide ; l'opérateur introduit l'indicateur gauche dans le rectum et dirige la pulpe du côté qu'il veut inciser. Un bistouri droit, émoussé, est glissé à plat sur le doigt qui lui sert de conducteur. Une fois le bistouri parvenu dans le rectum, on dirige son tranchant contre l'anneau, qu'on débride en prolongeant un peu l'incision du côté de la peau. C'est ordinairement sur la fissure elle-même qu'on débride. Si elle était tout-à-fait en arrière ou en avant, comme il pourrait y avoir de l'inconvénient à débrider dans ces directions, il vaut mieux inciser sur le côté, car il est prouvé que les débridements pratiqués plus ou moins loin de la fissure ont réussi. Boyer dit : « L'expérience m'a appris que, dans l'état de constriction considérable, une seule incision n'est pas suffisante, et qu'il est nécessaire d'en faire deux : une à droite, l'autre à gauche. » Je crois pour mon compte qu'on fera toujours bien d'appliquer ici les principes du débridement multiple, qui, selon moi, exposera moins aux accidents qui ont fait succomber les malades dont parle M. Velpeau ; car en faisant de petites incisions au lieu d'en faire une prolongée, on s'expose moins à pénétrer jusqu'au tissu cellulaire qui communique avec celui du bassin. Faut-il que j'ajoute qu'on a porté la complaisance, à l'égard des incisions sous-cutanées, jusqu'à les proposer pour ce débridement ?

Je pense qu'au lieu de se servir de mèches, on fera bien de s'abstenir de tout pansement, et de donner des bains de siége pour calmer la région sur laquelle on a opéré.

VI. OUVERTURE DES ABCÈS DE L'ANUS.

Ici les *caustiques* ne sont plus conseillés par personne. La lenteur de leur action est en opposition formelle avec la célérité que l'on recherche, afin de s'opposer aux migrations du pus. L'*instrument tranchant* est et sera toujours préféré. Le point qui doit être incisé doit varier selon diverses circonstances ; il en est de même de la direction et de l'étendue de l'incision. Cependant on peut dire qu'en

(1) *Dictionnaire en 21 vol.*, 2e édit.

Digitized by Google

général, il faut attaquer l'abcès par son point le plus déclive, à moins qu'il n'ait fortement aminci la peau sur un autre point.

Les abcès superficiels ou hémorrhoïdaux devront être traversés de part en part, selon leur grand diamètre, ce qui vaut mieux qu'une simple ponction. Les abcès qui s'élèvent jusqu'au-dessus du sphincter, sans s'écarter notablement de l'intestin, guérissent plus facilement si on les fend de dedans en dehors, en portant d'abord le bistouri dans l'anus, pour le ramener ensuite en plein sur la fesse. « Je m'étonne, dit M. Velpeau, que cette méthode, attribuée à J.-L. Petit, ne soit pas restée dans la pratique. C'est surtout quand les abcès pointent dans l'intérieur de l'intestin qu'il faut les attaquer de ce côté. Un bistouri droit, glissé à plat sur l'indicateur gauche, y arrive sans difficultés. La crainte d'une fistule borgne interne et de ses suites ne doit point arrêter le chirurgien. « J'opérai ainsi, en 1828, M. Cazé; je fis une large ouverture sans débrider le sphincter. Il s'écoula plus d'un verre de pus. Au bout de huit jours la guérison était parfaite, et depuis lors le malade n'a rien ressenti de ce côté (1). » Selon ce chirurgien, la question débattue entre Faget, qui veut qu'en traversant le dépôt de dehors en dedans on pénètre dans le rectum, afin de diviser du même coup toute la bride qui sépare alors la pointe du talon de l'instrument, comme s'il s'agissait d'une fistule, et Foubert, qui conseille de s'en tenir à une simple ponction, ne peut pas être posée d'une manière absolue. Si l'abcès fait saillie dans l'anus et qu'il ne s'élève pas au-dessus du sphincter, la méthode de Faget, sans être de nécessité, mérite préférence. Est-il vaste et plus profond, au contraire, on doit agir suivant le principe de Foubert. Deux raisons doivent surtout éloigner, dans ce cas, du premier précepte : 1° si l'intestin n'est pas percé, on a quelque chance, en le ménageant, de voir l'abcès se modifier et le malade guérir sans fistule; 2° comme, dans le cas contraire, on ne connaît pas le siége précis de la perforation, la section complète du rectum serait loin de mettre à l'abri d'une seconde opération. Du reste, Faget, dont on fausse souvent la doctrine, ne paraît guère l'avoir entendu autrement. S'ils étaient seuls, les faits rapportés par Foubert ne prouveraient rien à leur tour, si ce n'est que, dans quelques cas, une incision simple suffit pour amener la guérison d'abcès assez vastes du pourtour de l'anus. Des huit obser-

(1) Velpeau, *Dictionnaire de médecine*, nouvelle édition.

Digitized by Google

vations qu'il invoque, en effet, les trois premières montrent que l'intestin n'était pas altéré, et tout porte à croire que les malades eussent guéri tout aussi bien par une grande incision. La quatrième concerne une femme dont l'abcès prenait sa source dans le bassin. La cinquième, concernant un foyer qui s'ouvrit dans le vagin, dépose évidemment contre la théorie de l'auteur. La sixième et la septième, étant relatives à des fistules urinaires, ne sont d'aucun poids dans la question. La huitième enfin, ayant pour objet une fistule stercorale guérie par la ligature, est encore en dehors du sujet; en sorte qu'il est difficile de comprendre le bruit que ce mémoire a fait dans le monde chirurgical. Du reste, Faget ne s'appuie de son côté que sur un fait assez peu concluant par lui-même. L'opinion où l'on est resté, que presque tous les abcès voisins de la fin du rectum sont accompagnés d'une crevasse de l'intestin, a surtout empêché d'adopter sa doctrine, qu'on retrouve d'ailleurs tout au long dans J.-L. Petit, mais plus sagement exposée (tom. II, p. 107). C'est, en effet, lorsque cette crevasse n'existe pas qu'il y aurait peut-être quelque avantage à l'imiter. » (*Loc. cit.*)

Quand l'incision a été adoptée, le malade est placé comme pour l'opération de la fistule ; les fesses étant écartées, le chirurgien enfonce d'abord le bistouri par ponction, afin d'agrandir autant qu'il le désire l'incision en le retirant. Autrefois on donnait à cette incision la forme d'un croissant (Guy de Chauliac, trait. 2, doct. 2, chap. 8), aujourd'hui on adopte la direction parallèle à la rainure interfessière. La seconde incision, que M. Montagnon (1) vante, et qu'il plaçait sur la première, dans ce qu'il appelle le point le plus déclive, en lui donnant la forme d'une gouttière, n'est réellement utile que pour les grands abcès ou quand la peau est fortement amincie. Il faut, avant tout, pratiquer une large ouverture : plus on l'étend, plus elle offre d'avantages, toutes choses égales d'ailleurs. Les petites incisions permettent aux matières de stagner dans le foyer; elles favorisent donc le développement des clapiers, des fusées purulentes. Les grandes incisions vident complétement et rapidement l'abcès; elles ne sont pas beaucoup plus douloureuses, et leur cicatrisation est presque aussi prompte. Après l'incision, on porte l'indicateur gauche dans la plaie sans chercher à rompre les brides qu'on rencontre dans le foyer, on explore dans quel sens il

(1) *Annales clin.* de Montpellier, t. XXVIII, p. 335.

Digitized by Google

convient d'agrandir la plaie du côté des téguments. On ne doit laisser aucun cul-de-sac et faire que le point le plus large et le plus déclive de la cavité morbide soit à la peau, comme on le fait pour les autres abcès avec décollement considérable des tissus. L'adhésion marche du fond vers l'extérieur, quand le rectum n'est ni perforé ni trop dénudé.

En pratiquant une petite incision, on évite un peu de douleur au prix d'une suppuration plus abondante, plus longue, et on expose davantage le malade à une fistule. Que le foyer soit dépourvu de sinus, qu'aucune bride n'y retienne les fluides, et quelle que soit l'étendue de la surface, la cicatrisation s'opérera sans compromettre l'état général du sujet.

Les abcès par congestion et quelques autres, compliqués de lésions spéciales, feraient exception; mais je n'ai pas à en parler ici. Si la peau n'est pas trop amincie ni désorganisée, si le dépôt n'a exigé qu'une ou deux incisions, le pansement est très simple. Une mèche de charpie empêchera les lèvres de la plaie d'adhérer trop promptement, et un cataplasme sera appliqué par dessus. Dès que la suppuration est évidemment réduite, on panse plus simplement encore, c'est-à-dire comme pour les solutions de continuité ordinaires. Souvent même on pourrait se dispenser de la mèche; le cataplasme surtout peut souvent être supprimé. Si les téguments sont très altérés, s'il a fallu en retrancher des bords, on évitera le rapprochement inégal des parois du foyer. C'est alors que des boulettes de charpie seront entassées dans le foyer, afin de maintenir l'ouverture largement ouverte, jusqu'à ce que la détersion soit complète. Au reste, dès ce moment, le traitement se confond avec celui de la fistule, dont il va être question.

VII. OPÉRATION DE LA FISTULE A L'ANUS.

On a beaucoup cherché dans l'hygiène, dans les modificateurs indirects, dans les topiques, les moyens d'éviter l'opération. Ces recherches se sont surtout multipliées et ont pris une grande activité quand il a été question de guérir Louis XIV d'une de ces fistules. On éleva des prétentions en faveur des eaux de Baréges, de Bourbonne; des liqueurs, des pommades, mille moyens furent expérimentés sur une foule de sujets, et tous échouèrent ou donnèrent la preuve que s'ils avaient réussi quelquefois, c'est que quel-

Digitized by Google

quefois, comme je l'ai déjà dit, la nature livrée à elle-même amène une cure radicale.

Hippocrate pourrait, à la rigueur, être considéré comme l'inventeur des principales opérations tentées contre la fistule à l'anus : cautérisation, ligature, incision, tout cela se trouve plus ou moins bien détaillé dans les livres hippocratiques.

Caustiques. Ils ont été très anciennement employés, puisque, comme je l'ai dit, Hippocrate en fait mention. Des tentes chargées de sublimé, de litharge, d'onguent égyptiac, de nitrate d'argent, de poudres plus ou moins corrosives, les trochisques de minium, enfin, le cautère actuel, tous ces moyens ont été employés et sont aujourd'hui généralement rejetés. Cependant M. Velpeau cite MM. Dieffenbach et Fingerhuth, qui font encore usage du cautère actuel.

En cautérisant, on a pour but de modifier la surface du trajet pour rapprocher et faire adhérer ses parois ; ou bien on se propose d'agir sur une partie de ces parois, sur celle qui forme le pont, la bride que le caustique divise comme le fait le bistouri dans le procédé de l'incision. Mais on comprend combien il est difficile de bien diriger le caustique dans un trajet le plus souvent sinueux, interrompu, souvent aussi par des cavernes qui retiennent les caustiques liquides ; il peut creuser encore plus profondément ces cavernes, et produire par conséquent un effet opposé à celui qu'on se propose d'obtenir. Ceux qui s'obstinent à employer la cautérisation, et qui croient qu'il est des cas où il faut céder aux exigences des malades qui se refusent absolument à toute autre opération, ces praticiens feront bien d'employer le procédé de Sabatier, lequel consiste à ne faire porter le bourdonnet ou la tente chargée de caustiques que du côté de la bride à détruire. Mais qu'on examine le temps nécessaire pour que le caustique opère cette solution de continuité, les difficultés qu'on rencontrera pour le fixer là seulement où il doit agir, enfin les douleurs qu'il déterminera nécessairement, et on verra si l'incision n'est pas cent fois préférable.

Ligature. C'est l'*apolinose* des anciens. J'avoue que je ne partage pas toutes les préventions de mes contemporains contre ce moyen. Qu'on fasse la ligature avec un cordon composé de fil de lin et d'un crin, comme cela est dit dans les livres attribués à Hippocrate ; qu'on se serve, comme le veut Celse, d'une ficelle ; que ce soit un fil de plomb, comme le veut Foubert, toujours est-il qu'on cherche

Digitized by Google

à agir par pression sur la bride organique, afin de faire naître une inflammation éliminative qui doit chasser la ligature et couper le pont qu'elle circonscrit. J'ai vu employer le procédé de Foubert par M. Moulaud, de Marseille, je l'ai vu mettre en usage pendant quatre ans dans un grand hôpital, et je n'ai jamais observé les accidents dont on accuse quelquefois l'incision, et surtout l'excision; je n'ai jamais observé la phlébite. Serait-ce que par la ligature on n'ouvre pas des veines comme par l'incision? La *diérèse* marche ici avec la *synthèse:* les tissus qui sont en arrière de la ligature se cicatrisent, pendant que ceux qui sont devant se divisent.

Compression. Avant d'en venir à l'incision, il est des chirurgiens qui tentent encore, de nos jours, la compression, surtout chez les sujets méticuleux. Cette compression doit être excentrique; elle doit agir comme les moyens dilatants employés contre les rétrécissements de l'urètre et du rectum lui-même. M. Bermond veut qu'on exerce cette compression avec un appareil de son invention, qui est une double canule à chemise que je décrirai plus tard. M. Colombe tend au même but avec un cylindre creux en ébène qu'on retient avec des rubans. M. Piédagnel enfonce dans le rectum un petit sac de linge qu'il bourre de charpie, comme s'il s'agissait d'arrêter une hémorrhagie.

L'indication formelle de la compression a été parfaitement saisie par Sabatier; il conseille des suppositoires emplastiques qui doivent boucher l'orifice interne de la fistule, et permettent à ses callosités de se fondre et à ses parois de se rapprocher et de se coller les unes aux autres (1). Mais Sabatier fait judicieusement observer que ces suppositoires ne conviennent que pour les fistules récentes et superficielles; car, pour peu qu'elles aient de profondeur, ils ne peuvent empêcher que les humidités stercorales n'y pénètrent et ne les entretiennent.

Ainsi Sabatier restreint avec raison les cas où la compression peut être utile : c'est quand elle peut réellement avoir une action directe, et ce n'est que sur les fistules placées très bas qu'on peut méthodiquement agir. Mais comment faire pour fermer hermétiquement l'ouverture interne? Comment préserver cette ouverture des matières, des humidités stercorales surtout au moment de la défécation? Les canules pourraient à la rigueur éconduire les matières et les empê-

(1) *Médecine opératoire*, Paris, 1839, t. IV, p. 784 et suiv.

Digitized by Google

cher de se mettre en contact avec l'ouverture fistuleuse; mais pour cela ces canules devraient être volumineuses; elles devraient être enfoncées assez profondément dans le rectum, qui en serait plus ou moins irrité, et il pourrait se faire aussi que cet intestin s'invaginât dans la partie supérieure du tube compressif, comme cela est arrivé à un malade traité par M. Colombe.

Somme toute, la compression me paraît un moyen très peu sûr, aussi douloureux et plus fatigant que les autres procédés opératoires.

Incision. Comme c'est l'opération qu'on pratique le plus souvent, je fournirai quelques détails sur son manuel. Le malade prend la position de quelqu'un qui va recevoir un lavement; on explore la fistule, on se livre à l'examen que j'ai indiqué avec soin quand il a été question du diagnostic. J'ai dit que quelquefois l'index gauche introduit dans le rectum ne rencontrait pas le tubercule indiquant la présence de l'ouverture interne de la fistule; il arrive aussi que le stylet explorateur n'est pas plus heureux; il ne peut pas toucher à nu le doigt. Dans cette occurrence, faut-il s'abstenir ou bien doit-on opérer en respectant le rectum, ou bien encore convient-il mieux de perforer le rectum et d'opérer comme s'il s'agissait d'une fistule complète?

Si l'indication de l'opération est suffisamment établie, l'impossibilité de rencontrer l'ouverture interne du rectum ne doit pas arrêter l'opérateur. Reste la question de savoir si on respectera ou non le rectum; pour M. Roux, cela ne fait pas question; le décollement du rectum suffit pour justifier l'opération qui consiste à l'inciser avec les autres parties. M. Bégin n'a eu qu'à se louer de cette méthode; mais Sabatier a fait observer que l'ouverture interne pourrait bien exister dans ce cas, et alors, si on coupe à côté, si elle n'est pas comprise dans l'incision faite au rectum, la fistule se renouvelle. Des récidives ont en effet été observées dans de pareils cas par Sabatier, par M. Velpeau et par M. Jacquemier, qui a communiqué ces faits à ce dernier chirurgien. Ces récidives ne doivent pas cependant arrêter le chirurgien: seulement, sans être aussi dédaigneux que M. Roux pour la découverte de l'orifice interne, il faut, après l'avoir cherchée avec le plus grand soin, la faire avec le bec de la sonde cannelée.

Si on a trouvé cette ouverture interne, et qu'elle ne soit pas très élevée, on remplace le stylet par la sonde cannelée en argent. L'indi-

Digitized by Google

cateur qui est dans le rectum en accroche l'extrémité, la recourbe afin de la faire sortir de l'anus (fig. 87); pour cela, la main droite du chirurgien continue de la pousser. Un simple bistouri droit, conduit sur la cannelure de la sonde, coupe d'un trait toute la bride ou le pont.

Fig. 87.

Si la fistule est à une certaine hauteur, ou si le décollement s'étend très loin, il vaut mieux choisir une sonde d'acier à bec un peu aigu; on la fait parvenir jusqu'à la partie supérieure du foyer : un gorgeret remplace alors le doigt qui est dans le rectum; on présente la gouttière de ce gorgeret à la sonde, qu'on pousse de manière à percer l'intestin; en faisant frotter l'un contre l'autre ces deux instruments, on s'assure de leur contact immédiat. Alors un aide saisit bien le manche du gorgeret, le renverse un peu en dehors comme s'il voulait le faire basculer; le chirurgien en fait de même en agissant sur la plaque de la sonde avec la main gauche; la main droite, armée d'un bistouri, engage la pointe, qui doit être solide, dans la cannelure de la sonde; on pousse le bistouri jusqu'au gorgeret, et il est retiré en élevant le poignet sans lui faire quitter le point d'appui qu'on lui a donné. Pour avoir la certitude que toute la bride a été incisée, on reporte plusieurs fois, s'il le faut, le bistouri sur la sonde; puis on retire les deux instruments comme un seul et sans les séparer.

Le tranchant du bistouri tourné en dehors, on incise ou on scarifie le fond de la plaie, qu'on prolonge un peu du côté de la fesse. S'il restait un cul-de-sac supérieur, on le mettrait à nu en divisant l'espèce de valvule qui sert à le former; pour cela, des ciseaux conduits sur le doigt suffiraient.

Excision. Si les téguments sont décollés ou amincis, pour éviter une longue suppuration, on les incise crucialement ou en T renversé; chaque lambeau est saisi par le sommet avec des pinces et coupé à sa base. C'était l'opération préférée par Boyer; on ne de-

Digitized by Google

vrait l'imiter que dans des cas de décollement prononcé. On s'en abstiendra quand la fistule est simple. Ce qu'on vient d'exécuter pour un trajet, on le répète pour les autres, afin de les réunir à la plaie du rectum. Les divers lambeaux formés par les autres incisions sont également excisés pour peu qu'ils aient perdu de leur épaisseur. Le bistouri conduit sur le doigt coupe, en dernier lieu, les brides, les valvules qu'on rencontre dans le fond des clapiers, afin de régulariser, de simplifier, autant que possible, tout l'intérieur de la surface saignante.

On panse ordinairement avec une mèche volumineuse enduite de cérat. Il importe, après l'avoir introduite, d'en engager une partie entre les deux lèvres de la plaie, qu'elle doit dépasser en haut de plus d'un pouce. Une grande quantité de charpie et des compresses superposées remplissent la marge de l'anus. Les deux chefs du bandage en T, préalablement fixés autour du ventre, abaissés sur ces pièces de pansement, passés entre les cuisses, croisés, ramenés en avant, l'un à droite, l'autre à gauche, noués ou attachés avec des épingles, complètent l'appareil.

S'il survient une hémorrhagie, on cherche à l'arrêter. L'artère qui donne est-elle visible, on la lie ou on la tord, ou bien on tamponne. On porte la pulpe du doigt au fond de la plaie pour en comprimer successivement tous les points. Si on arrive sur le vaisseau, le sang cesse de couler; c'est là qu'il faut appliquer des boulettes de charpie; la mèche et les autres pièces de pansement sont ensuite placées comme précédemment. Si le tamponnement de toute la surface saignante ne suffit pas, on n'a plus qu'à choisir entre le cautère actuel, la vessie de Levret, les tampons de J.-L. Petit, adoptés par Boyer, ou l'appareil de M. Bermond. Rarement on se trouve dans une pareille nécessité. D'ailleurs l'hémorrhagie qui suit parfois l'opération de la fistule est souvent plutôt utile que nuisible, et presque toujours elle s'arrête d'elle-même.

Je terminerai par quelques remarques pratiques sur l'incision et l'excision. Les partisans exclusifs de l'incision prétendent que la dénudation du rectum n'est pas un motif suffisant pour prolonger en haut l'incision. Ils soutiennent qu'après l'opération, la paroi intestinale s'applique et se recolle bientôt en dehors contre la surface suppurante; qu'il en serait de même des lambeaux cutanés, des indurations qui ne manquent pas de se recoller ou de disparaître; une fois que le fond de la fistule se continue sans intermédiaire

Digitized by Google

avec l'anus, ce n'est plus qu'une échancrure, une simple rigole de l'intestin. Par l'incision simple, on abrège l'opération et de beaucoup les souffrances du malade ; on abrège aussi le temps de la suppuration et de la guérison. L'hémorrhagie et la fièvre sont moins à craindre; il en résulte moins de difformité ; l'important est d'interrompre la continuité du sphincter, qui, en retenant les matières fécales, les oblige à pénétrer en partie dans le trajet fistuleux. M. Velpeau, qui expose ainsi les arguments des fauteurs de l'incision simple, répond, avec les partisans de l'excision, que si les parties dénudées, amincies, finissent, en effet, par se recoller chez bon nombre de sujets après la simple incision, il n'est pas rare non plus d'observer le contraire. D'ailleurs pourquoi en serait-il autrement? On ne voit là que ce qui se remarque chaque jour sur toute autre région du corps. Personne ne doute aujourd'hui que l'excision des lambeaux livides et amincis qui couvrent le fond d'une foule d'ulcères cutanés interminables ne soit le meilleur remède à leur opposer. La section du sphincter n'a pas toujours lieu; ensuite ce n'est pas ce muscle, mais bien le cercle fibro-musculaire situé au-dessus, qui forme le point le plus resserré de l'anus. Après tout, que peut-on craindre? La perte de substance au milieu de parties aussi molles est bientôt réparée, la douleur est moins vive qu'on ne le pense généralement, par cela même que les tissus sont amincis et comme disséqués; ils ne contiennent pas de vaisseaux de gros calibre. Des difficultés, il n'y en a pas pour qui sait manier le bistouri. En quelques secondes tous les lambeaux sont saisis et extirpés. Le malade résigné à l'opération aime mieux souffrir un peu plus et avoir toutes les chances possibles de guérir sûrement, promptement. D'un autre côté, on ne pratique ainsi l'excision que pour les fistules accompagnées d'un décollement assez prononcé. Elle ne porte guère, au total, que sur la peau, et le tout se borne à l'incision pure et simple quand le trajet à détruire n'est entouré d'aucune désorganisation.

On voit que M. Velpeau est partisan de l'excision, et je pense, comme lui, qu'on hâte la guérison en la pratiquant dans certains cas de décollement étendu. Mais on sait que la phlébite n'est pas impossible, même après l'incision; ne serait-elle pas plus fréquente après l'excision? Pour mon compte, je sais que les malades que j'ai vus mourir à la suite de l'opération de la fistule à l'anus ont succombé dans des hôpitaux où l'excision était préférée.

Digitized by Google

Il y a certaines précautions à observer quand la fistule occupe la partie antérieure de l'intestin. C'est ici surtout que l'excision trouve le plus d'arguments contre elle. Le bistouri dirigé sur le fond de la fistule pour scarifier, atteindrait bientôt la vessie ou la prostate, et même le péritoine si le décollement était très élevé.

VIII. OPÉRATIONS MOTIVÉES PAR LES HÉMORRHOÏDES.

On se décide à pratiquer des opérations pour débarrasser le malade des hémorrhoïdes, quand celles-ci mettent un fort obstacle à la défécation, quand elles tendent à dégénérer, quand, par les pertes auxquelles elles donnent lieu, le malade se trouve fortement affaibli, quand les douleurs qu'elles déterminent sont violentes, qu'elles enlèvent le sommeil; enfin quand ces tumeurs constituent une vraie maladie et non une infirmité supportable.

L'opération étant indiquée, on se demande s'il faut enlever toutes les hémorrhoïdes, ou s'il convient d'en laisser une ou deux. Hippocrate était de ce dernier avis, qui a fait la base de la pratique de M. Marjolin et de Boyer. Aëtius était d'un avis contraire, et voulait qu'on « n'en laissât absolument aucune. »

Je pense, pour mon compte, qu'on doit toutes les enlever; mais je crois qu'il serait plus prudent de ne pas les enlever toutes en même temps. Il vaudrait mieux, selon moi, en priver peu à peu l'économie, ce qui donnerait le temps à la circulation de reprendre son cours normal. D'ailleurs il est bien entendu qu'on n'agira pas sur ces tumeurs quand elles seront enflammées ou au moment d'une très forte congestion.

Cautérisation. Elle est généralement rejetée, et si on y a encore recours, c'est pour compléter une autre opération. La cautérisation avec le nitrate d'argent ne pourrait être tentée que dans les premiers temps, quand le volume des tumeurs est peu considérable. Le fer rouge, que M.-A. Séverin regrettait tant de n'avoir pu appliquer chez un malade de haute famille à cause de l'entêtement des *lâches médecins* de ce personnage, ce cautère pourrait sans doute détruire les hémorrhoïdes; mais des moyens plus sûrs et moins cruels sont en notre possession, et nous les préférons.

Ligature. Quoique facile, ce moyen est presque absolument abandonné en France. M. Mayor en a cependant pris la défense. Les tumeurs dépourvues de pédicules, les simples bourrelets ne pouvent être convenablement liés; dans les autres cas, selon J.-L.

Digitized by Google

Petit, la ligature peut donner lieu aux accidents les plus graves, tels que douleurs violentes, syncopes, mouvements convulsifs, inflammation de l'intestin et du péritoine. Il y a quelquefois, du côté de l'abdomen, des symptômes absolument semblables à ceux de l'étranglement herniaire. Ces accidents arrivent soit qu'on attende la chute spontanée de la tumeur, soit qu'on l'excise. Je noterai cependant que M. Brodie dit avoir employé trois cents fois la ligature des hémorrhoïdes et n'avoir perdu qu'un malade. « Mon expérience, dit M. Velpeau, ne me permet pas de partager les préventions de J.-L. Petit contre ce moyen; mais comme l'hémorrhagie interne, attribuée par A. Cooper ou M. Brodie à l'excision, n'a que rarement lieu chez nous, il est tout simple que nous n'ayons pas dans la ligature des hémorrhoïdes la même confiance que ces praticiens. L'excision est donc à peu près la seule opération qu'on doive leur opposer maintenant (1). »

Excision. L'excision des hémorrhoïdes offre rarement de grandes difficultés, mais elle n'est pas exempte de dangers: ainsi elle a été suivie d'hémorrhagie, d'inflammation, d'infection purulente; on devra donc chercher dans le procédé opératoire des chances d'éviter ces accidents.

A. *Procédé ordinaire.* Le malade étant couché sur le bord d'un lit, comme pour l'opération de la fistule à l'anus, le chirurgien placé en face de la partie affectée, Boyer veut qu'on saisisse une à une toutes les tumeurs, en commençant par celles qui occupent le point le plus déclive et en allant vers les plus élevées. On se sert pour cela de bonnes pinces à disséquer ou d'une érigne (ici mes pinces à dents de rat seraient très applicables). Avec le bistouri ou de forts ciseaux, on retranche les tumeurs. Si elles ne font pas saillie extérieurement, le malade fera un effort comme pour aller à la garde-robe, et les hémorrhoïdes sortent. Comme la douleur que produit l'enlèvement de la première tumeur fait rentrer les autres par la rétraction instantanée de l'anus, il importe de ne commencer à couper qu'après les avoir toutes fixées avec autant d'érignes ou de pinces; il vaudrait mieux les traverser toutes avec un fil. On a proposé de disséquer les hémorrhoïdes comme des kystes pour n'enlever que le moins possible de la membrane muqueuse ou de la peau. C'est un conseil beaucoup plus facile à donner qu'à suivre.

(1) *Médecine opératoire.* Paris, 1839, tom. IV, pag. 761.

Digitized by Google

Le pansement consiste en l'introduction d'une mèche un peu forte, enduite de cérat, portée à plusieurs pouces de hauteur ; on la soutient en dehors par de la charpie brute, des compresses et un bandage en T.

Si on craint une hémorrhagie, le pansement n'est plus aussi simple. Boyer introduit d'abord profondément un tampon de charpie allongé, presque cylindrique, dur, embrassé par deux fortes ligatures croisées sur son extrémité supérieure, nouées solidement, fixées sur son extrémité inférieure, et dont les chefs rassemblés deux à deux restent pendants hors de l'anus. On pousse ensuite de nombreuses boulettes ou de nouveaux tampons libres au-dessous, de manière à en remplir la fin du rectum. Boyer fixe inférieurement le tout à l'aide d'un fort rouleau de charpie placé sur l'ouverture anale, et dans la direction de la rainure fessière. Le chirurgien noue les fils sur ce rouleau avec une force suffisante pour appliquer de haut en bas la charpie contenue dans l'intestin contre les surfaces saignantes en même temps que le tampon externe tend à la refouler de bas en haut.

Cette compression, quoique opérée avec soin, peut être insuffisante; car le rectum peut subir une grande dilatation ou être déjà dilaté, ce qui rend la compression très inégale, peu hermétique. De plus, ce moyen détermine parfois des souffrances vives, une envie irrésistible d'aller à la selle, une pesanteur difficile à supporter, des coliques, de la fièvre même, enfin tous les symptômes et les accidents produits par des corps étrangers volumineux, ce qui rend l'usage de la compression pénible, quelquefois impossible. Il est des cas où un aide est obligé de soutenir les moyens compressifs, pendant quelques heures, avec la main ; il recommande au malade de ne se livrer à aucun effort, de résister au besoin de pousser, besoin qui diminue après les premières heures qui suivent le pansement. Si le gonflement du ventre, des syncopes, la pâleur, la petitesse du pouls, indiquaient que l'hémorrhagie continue ; s'il s'y joignait la sensation d'un poids, d'un corps étranger, il ne faudrait pas s'obstiner à laisser le premier appareil, on devrait le refaire.

Dupuytren préférait le cautère actuel pour arrêter le sang. Ce chirurgien portait immédiatement un fer rouge sur le fond de chacune des plaies, quand l'hémorrhagie devenait grave ; il ne mettait ensuite qu'une mèche peu volumineuse dans l'anus, laquelle était maintenue d'ailleurs comme précédemment. En se comportant ainsi,

Digitized by Google

on ne voit presque jamais d'accidents se manifester. Rien ne distend, n'irrite, ne tiraille, ne comprime l'intestin, ni la vessie, ni les parties circonvoisines. La congestion, si fortement excitée par le pansement ordinaire, reste des plus légères, et l'hémorrhagie a conséquemment fort peu de tendance à se déclarer. De plus, le fer chaud rend l'opération plus prompte, sans produire autant de douleurs que le tamponnement. Moins disposée à s'étendre, à retentir au loin, l'inflammation n'envahit pas aussi facilement les veines qui s'ouvrent au fond de la plaie, et on a moins à craindre le développement de ces foyers purulents causés par la phlébite ou la résorption, accidents qui ne sont pas extrêmement rares.

M. Marx a proposé d'employer le cautère actuel comme moyen préventif, ce qui prouve que ce chirurgien avait souvent observé l'hémorrhagie à la suite des opérations de Dupuytren, dont il était l'élève assidu et de prédilection. M. Velpeau, qui est opposé à cette pratique, dit : « Je ne sais même si le cautère est bien réellement indispensable. Les vaisseaux artériels qu'on divise sont si peu importants, qu'au premier coup d'œil leur blessure ne semble pas devoir être bien dangereuse ; abandonnées à elles-mêmes, ces bouches vasculaires ne tarderaient pas probablement à cesser de fluer, et je ne serais pas étonné que les précautions recommandées pour prévenir l'hémorrhagie ne fussent souvent la cause de son apparition. Il me paraît donc que, dans la plupart des cas, on pourrait s'en passer ; que c'est par excès de prudence qu'on doit le prescrire quand la perte de sang ne paraît pas d'abord avec abondance. Qui empêcherait, après tout, d'y recourir plus tard, dans le cas où l'hémorrhagie viendrait à continuer d'une manière inquiétante? Rien n'est plus facile lorsque les plaies sont à l'extérieur. Si elles étaient plus profondes, en faisant quelques efforts, le malade les mettrait bientôt sous les yeux de l'opérateur, qui dès lors pourrait les cautériser sans peine. Enfin, le tamponnement serait une ressource dernière qu'il serait toujours temps d'appeler à son secours. Deux malades chez lesquels je me suis ainsi comporté en 1831, à la Pitié, n'ont point eu à s'en repentir. Il en était de même d'une infinité d'autres que j'ai opérés depuis. J'en ai cependant vu succomber trois : un à une infiltration purulente du tissu cellulaire du bassin, le second à une phlébite, le troisième à un érysipèle à la suite de l'excision d'une simple petite tumeur pédiculée. »

B. *Procédé de M. Velpeau.* Voici comment il est décrit par l'au-

Digitized by Google

teur : « Espérant éviter mieux l'hémorrhagie, l'inflammation et l'infection purulente, j'ai imaginé de réunir les plaies de l'excision des tumeurs ou des bourrelets hémorrhoïdaux par première intention ; pour cela, je fixe au dehors, avec une érigne, chaque tumeur à enlever, et j'en traverse la racine avec un nombre suffisant de fils. Coupant aussitôt les tissus au devant avec le bistouri ou de bons ciseaux, je n'ai plus qu'à saisir successivement tous les fils pour les nouer et compléter autant de points de suture simple. Les mèches, le tamponnement, sont alors inutiles, et la guérison est souvent complète du dixième au quinzième jour (1). »

IX. OPÉRATIONS MOTIVÉES PAR LE CANCER DU RECTUM (2).

Les moyens de cette catégorie sont : la dilatation, l'incision, la cautérisation, l'écrasement, l'arrachement, la ligature, l'excision et l'extirpation.

DILATATION. M. Costallat (3) nous renvoie à un rapport de Thouret et de Vicq-d'Azyr sur un instrument d'Ancelin, composé de plusieurs lames métalliques susceptibles de s'écarter et destiné à combattre les rétrécissements du rectum. « On doit, dit Jobert au sujet de cet instrument, rejeter tous ces dilatateurs à trois branches..... L'observation, l'expérience, se sont prononcées contre ces mécaniques de tout genre qui sont mortes presque aussitôt qu'elles sont nées (4). »

M. Costallat mentionne aussi un anneau métallique, creusé en gorge extérieurement, lequel devrait être laissé à demeure comme un pessaire. Desault dilatait avec des mèches ou tentes, et c'est le procédé qui a été le plus employé depuis ce chirurgien. Les mèches sont proportionnées au diamètre du rétrécissement. On les grossit insensiblement. Lorsqu'elles ont acquis un certain diamètre, comme elles feraient souffrir par la dilatation forcée du sphincter, on leur donne la forme d'un cône renversé. Il faut avoir bien soin de traverser

(1) *Médecine opératoire*, tome IV, pag. 765.

(2) Je n'ai pas fait de paragraphe à part pour les opérations motivées par les *rétrécissements* proprement dits, parce que le cancer produisant aussi des rétrécissements, on trouvera décrites ici les opérations qui s'y rapportent.

(3) *Maladies chirurg. du canal intestinal*, tome I, page 267.

(4) *Essai sur un nouveau mode de dilatation particulièrement appliqué aux rétrécissements du rectum*, Paris, 1834.

Digitized by Google

leur partie supérieure à l'aide d'un double fil très solide dont on laisse pendre les bouts hors de l'anus. Cette précaution est indispensable. On a vu des mèches disparaître dans le rectum, et exiger, pour leur extraction, des recherches et des manœuvres douloureuses. Dans un cas surtout, la mèche était rebroussée, et on ne put l'avoir qu'avec beaucoup de peine. Elle produisit, quand on la retira, le bruit qui se fait entendre quand on débouche une bouteille.

Les mèches ont l'avantage de pouvoir être convenablement enduites de corps gras médicamenteux, ce qui, comme le dit M. Bérard, est surtout à considérer lorsque la cause du rétrécissement est spécifique.

La compression de dehors en dedans a été ajoutée à la dilatation. Desault en a agi ainsi dans plusieurs cas où des végétations considérables existaient à la marge de l'anus. En même temps qu'une mèche était introduite dans le rectum, un appareil formé de compresses épaisses était maintenu à l'aide d'un bandage approprié sur l'ouverture anale. Ces cas de Desault étaient des exemples de *squirrhosités* syphilitiques, dans lesquelles on ne peut pas dire exactement s'il existait quelque chose de réellement cancéreux.

J'emprunterai à M. Velpeau la description abrégée de l'appareil dilatant de M. Bermond. « Cet appareil se compose de deux canules longues d'environ 162 millimètres, l'une interne, lisse, terminée en cul-de-sac supérieurement; l'autre externe, ouverte aux deux extrémités, et creusée en dehors, d'espace en espace, de rainures circulaires pour y fixer une chemise. On les porte engaînées dans l'organe. Avec de longues pinces on glisse de la charpie entre elles et leur enveloppe de linge, de manière à refouler celle-ci en bourrelet annulaire jusqu'au niveau de leur sommet, de manière aussi à comprimer plus fort dans telle direction, moins dans telle autre, suivant qu'on le trouve convenable. On fixe le tout à l'extérieur. Quand le malade a besoin de rendre ses garde-robes, on tire la canule interne, sans déranger l'autre, qui peut avoir jusqu'à 14 millimètres de diamètre. Le cul-de-lampe formé par la chemise supérieurement y ramène presque nécessairement les matières, qu'on rend plus fluides, et qu'on délaie, s'il le faut, à l'aide d'injections ou de lavements. On remet ensuite la canule centrale, qui s'engrène par un éperon latéral dans une échancrure que porte la canule en-

Digitized by Google

gaînante près de son extrémité libre (1). » Que ce mode de dilatation soit ingénieux, je l'admets facilement connaissant l'auteur, mais ce n'est pas ce qu'il s'agit de savoir. Il y a beaucoup d'instruments ingénieux qui n'ont aucune valeur d'application. L'appareil de M. Bermond n'en est pas là, et il pourrait servir comme moyen de tamponnement. En tant que dilatateur, quels seraient ses avantages par rapport aux mèches? Il n'en aurait qu'un, celui de permettre la permanence de la compression : avantage illusoire, car les malades ne peuvent guère supporter la compression au-delà de quelques heures, surtout dans les commencements, et on est obligé de retirer la mèche, autant parce qu'elle cause de la douleur que pour permettre l'évacuation alvine. Si cet avantage est illusoire, restent, contre l'appareil de M. Bermond, comparativement aux mèches, sa complication, et sa résistance, qui sera on ne peut plus désavantageuse quand le rétrécissement aura changé la direction du rectum.

L'appareil de M. Costallat est plus compliqué encore. C'est également une chemise, mais en forme de condom, qu'un long stylet boutonné précède et qu'une sonde en gomme élastique conduit, puis qu'on transforme en mèche au moyen de fils de coton qu'un stylet fourchu glisse à son intérieur. L'avantage de cet appareil consisterait en ce qu'il pourrait atteindre le mal très haut, puisqu'il sera *susceptible d'être porté à plus d'un pied de profondeur*. Mais cet avantage serait en même temps un inconvénient. Dans une observation de M. Costallat, on voit ce chirurgien, averti par un premier malheur, éprouver les plus vives inquiétudes jusqu'au lendemain, toutes les fois qu'il avait introduit son appareil. Je ne veux pas contester les avantages que son auteur en a retirés. M. Costallat a réussi, dans plusieurs cas, à dilater le rectum et à prévenir les effets funestes de la rétention des matières fécales. Une fois même, d'autres chirurgiens avaient inefficacement tenté de soulager une malade que M. Costallat traita avec avantage par sa méthode. M. Velpeau exprime le désir que l'appareil dont je viens de parler soit simplifié, et mis de cette manière à la portée de tout le monde.

Je passe sous silence les petits sacs de toile introduits vides dans

(1) *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, Paris, 1839, t. IV, pag. 754.

Digitized by Google

le rectum et remplis ensuite de charpie, ainsi que les vessies distendues par un fluide quelconque, etc., et je me demande quelle peut être l'efficacité de la dilatation dans les cas de cancer. «Toutes les indurations, suites de phlegmasies chroniques qui n'occupent que la membrane muqueuse ou le tissu cellulaire sous-jacent, dit M. Velpeau, *certaines dégénérescences lardacées même* en permettent l'essai. La dilatation agit ici comme la compression dans les engorgements externes et par le même mécanisme.» J'admettrai que la dilatation peut être efficace dans les cas d'indurations simples du rectum; qu'elle fait rentrer dans la circulation, comme le dit M. Velpeau, les substances qui les constituent; mais je ne l'admettrais pas aussi facilement s'il s'agissait de *dégénérescences lardacées*, alors même que ce seraient *certaines* dégénérescences. Il y aurait pour moi trop lieu de craindre que ces dégénérescences ne fussent squirrheuses. Or, le squirrhe, on ne le fond pas; en le comprimant, on peut bien modifier les parties qui l'environnent, qui le recouvrent; mais jamais le squirrhe ni un autre cancer ne peut être réellement et avantageusement modifié par la compression.

M. Bérard se montre grand partisan de la dilatation, à laquelle il a dû quelques résultats favorables; et, en effet, si on veut considérer la dilatation comme moyen palliatif, il n'y a guère d'inconvénients à lui reprocher, surtout si on l'applique quand la dégénérescence cancéreuse n'existe pas encore. La difficulté de l'introduction et la douleur que la dilatation détermine sont des inconvénients sans doute; mais on ne peut pas espérer de se frayer un passage au sein de parties dégénérées et coarctées, sans éprouver d'obstacle et sans occasionner de douleur. Un inconvénient de la plus haute gravité serait le danger de perforer l'intestin et de déterminer une péritonite rapidement mortelle, comme cela arriva dans un cas de M. Costallat. Mais, sans prétendre qu'une telle catastrophe soit impossible, il y a à penser qu'en agissant avec méthode on l'évitera. Chez Broussais, les mèches produisirent un soulagement, au point que le malade se flattait de guérir par ce moyen; mais on ne tarda pas à reconnaître leur insuffisance.

Ainsi, à la rigueur, la dilatation peut être employée lorsque le rectum est occupé par des productions cancéreuses, mais je restreins ses effets au maintien nécessaire d'un plus libre passage aux matières et aux gaz retenus. La dilatation rentrerait donc dans la classe des palliatifs.

Digitized by Google

Incision. L'incision des coarctations du rectum a été mise en pratique, soit comme moyen accessoire, soit comme remède principal. Witeman y eut recours trois fois sur le même malade. Ford eut le bonheur de voir le sien guérir sans récidive. Il en est de même de M. Copeland, qui eut à exciser, en outre, diverses tumeurs de l'intestin (Velpeau). Les exemples de Ford et de M. Copeland n'étaient probablement pas des cas d'affection cancéreuse. On dit que, s'il existait un squirrhe du rectum fermant en grande partie la lumière de l'intestin, l'incision peut devenir nécessaire, afin de rendre la dilatation possible. M. Costallat se prononce contre l'incision; il l'accuse de rendre l'introduction et la présence de la mèche plus douloureuse; il pense que les bords ne tardent pas à se réunir; en quoi il est contredit par M. Bérard, qui voudrait, de plus, que l'on pût exciser les bords de l'incision. Je dois faire remarquer que M. Bérard limite l'emploi de l'incision aux cas de brides peu épaisses, excluant par là implicitement ce moyen de la thérapeutique des cancers : c'est mon opinion. Il va sans dire qu'il ne faudrait, dans aucun cas, introduire l'instrument tranchant à une hauteur à laquelle le doigt ne pourrait le précéder, et que l'on devrait, conformément au précepte établi, éviter de le faire agir en avant, de peur d'intéresser la vessie, les vésicules séminales et la prostate chez l'homme, le vagin chez la femme. Le débridement multiple recevrait ici une application avantageuse.

Cautérisation. Elle a été, au rapport de M. Costallat, employée par Everard Home dans un cas qui doit inspirer des doutes; car il aurait suffi d'une application de nitrate d'argent pour faire disparaître un rétrécissement. « Tout récemment, dit M. Costallat, dont le mémoire fut publié en 1834, M. Sanson vient d'employer la cautérisation dans trois cas qui prouvent que, associée à la dilatation, elle peut être très utile. » M. Costallat l'a essayée infructueusement dans un cas. M. Amussat cautérisa Broussais à plusieurs reprises. Un fait *assez concluant* de M. Duplat est encore cité par M. Velpeau. Le porte-caustique de Sanson consistait en un cylindre de 6 lignes de diamètre, percé latéralement d'une grande ouverture à peu près elliptique, dans laquelle, au moyen d'un mécanisme fort simple, un gros crayon de nitrate d'argent venait présenter plus ou moins de surface en hauteur ou en largeur, suivant le besoin. M. Amussat, qui s'était d'abord servi sur Broussais d'un porte-caustique droit comme pour l'urètre, fut obligé d'en faire

Digitized by Google

confectionner un plus approprié à la circonstance. Il avait déjà, dans des cas analogues, employé un porte-caustique en buis, gros comme le doigt. Celui dont il fit usage en dernier lieu était un porte-caustique d'argent de la grosseur du doigt annulaire, dont la cuvette, longue de 2 pouces et large de 6 lignes, divisée en quatre compartiments, deux supérieurs et deux inférieurs, pour mieux fixer le nitrate d'argent, équivalait à douze cuvettes des porte-caustiques employés pour l'urètre. M. Amussat jugea à propos de reconnaître la limite supérieure du mal avec la lentille de son mandrin, afin de ne pas cautériser au-dessus des parties altérées. La première fois qu'il cautérisa à l'aide de ce porte-caustique, il ne laissa agir que les deux compartiments supérieurs. La douleur n'en fut pas moins très vive. Elle le fut davantage naturellement lorsque toute la cuvette porta. Broussais se mettait dans un bain de siége après chaque cautérisation. Si la vessie est irritée, il faut éviter de porter le caustique sur la paroi antérieure du rectum. Sur un autre malade, M. Amussat eut l'idée de cautériser avec un fort crayon de potasse caustique, qui fut introduit à l'aide d'un petit spéculum à trois valves. Le caustique était enfermé dans un tuyau de plume. Un porte-crayon approprié serait préférable.

Quels effets peut-on attendre de la cautérisation dans les cancers du rectum? Comme moyen définitif, il y a peu d'espoir à y fonder. La cautérisation détruit, mais elle détruit aveuglément. Au surplus, le particulier peut se juger ici par le général, et il faudra simplement se demander quelle est la valeur de la cautérisation dans le traitement des autres cancers. Dans l'espèce, une considération spéciale donne à la cautérisation une valeur qu'elle ne peut avoir dans les cancers des autres parties. Il y a un conduit dont la liberté importe essentiellement à la conservation de la vie. Tous les moyens propres à débarrasser ce conduit obstrué auront une importance au moins temporaire, et l'on conçoit que le procédé rapidement destructeur que nous examinons est un de ces moyens. Il ne faut pourtant pas se faire illusion : un moment viendra toujours où ce moyen n'aura plus d'efficacité. Qu'arriva-t-il chez Broussais? Le 21 octobre, on pratiqua la quatrième cautérisation avec le gros porte-caustique. Les cautérisations précédentes avaient réussi à désobstruer en partie le canal, puisque, comme Broussais le consignait dans son journal, on croyait avoir, après la deuxième grande cautérisation, une diminution de moitié dans le volume des tumeurs.

Digitized by Google

Cette fois, dix jours après la cautérisation (le 10 novembre), le petit doigt introduit dans le rectum était plus serré que lors des précédentes explorations ; on avait de la peine à arriver à la limite supérieure du mal, et Broussais mourut dans la nuit du 16.

S'il existait une plaque cancéreuse circonscrite, on ne devrait point songer à la détruire par le caustique ; l'extirpation vaudrait mieux. Mais cette opération même ne devrait être entreprise que si la plaque était peu élevée et qu'après avoir bien reconnu les limites du mal, ce qui est d'une extrême difficulté.

Écrasement. Ce moyen a été employé chez le sujet de la seconde observation du premier mémoire de M. Amussat. Il importe de faire connaître les conditions locales que ce malade présentait. L'affection consistait en une végétation squirrheuse de la surface interne de l'intestin, à la partie supérieure duquel elle se trouvait. Le doigt indicateur pénétrait assez facilement dans la partie rétrécie, mais ne pouvait atteindre la limite supérieure du mal ; en bas, on sentait un bourrelet proéminent comme un col de matrice cancéreux et largement ouvert. Après avoir dilaté le rétrécissement, on convint de le cautériser. Mais, à un nouvel examen, M Amussat conçut l'idée d'écraser le bourrelet inférieur, et son opinion fut partagée par divers consultants, au nombre desquels figuraient MM. Breschet et Récamier. Voici comment il fut procédé : le malade étant placé comme pour l'opération de la taille, M. Amussat introduisit sur l'indicateur une grosse et longue pince à mors dentelés, de la largeur du pouce, à l'aide de laquelle le bourrelet fut écrasé peu à peu et circulairement. Plusieurs portions dures offrirent beaucoup de résistance. L'opération fut peu douloureuse, et il n'y eut qu'un très léger écoulement de sang. On injecta à plusieurs reprises de l'eau froide dans le rectum. Le lendemain, il y eut un peu de chaleur et de fièvre, et la base du bourrelet était gonflée. La séparation des parties écrasées se fit promptement. « Les *suites* de cette opération furent nulles ou presque nulles, dit M. Amussat, et le résultat fort important, puisqu'on fit tomber par cette simple manœuvre ce qu'on n'aurait pu obtenir que par un bon nombre de cautérisations. » S'il existait une tumeur cancéreuse susceptible d'être écrasée en entier, il vaudrait mieux l'extirper que de l'écraser, à la condition qu'elle fût dans les limites des tumeurs qu'il est permis d'extirper. On ne voit donc pas que l'écrasement puisse être employé autrement que comme moyen accessoire, et on se gar-

Digitized by Google

dera bien de lui donner une grande valeur en médecine opératoire.

Arrachement. On comprend que quelques cancers tubéreux circonscrits seraient susceptibles d'être arrachés à l'aide du doigt introduit dans le rectum et recourbé en crochet. Mais peut-être une incision préalable serait quelquefois nécessaire pour mettre la tumeur parfaitement en relief si elle était encore recouverte par la muqueuse. M. Récamier a pratiqué plusieurs fois cet arrachement. Le procédé ne diffère pas de celui que j'ai entendu mentionner par M. Marjolin dans ses cours pour des productions polypiformes de la matrice.

Ligature. Il faut distinguer une ligature partielle et une ligature en masse.

A. *Ligature partielle.* Elle peut être employée comme la cautérisation, comme l'écrasement, pour débarrasser l'intestin des fongosités que l'on voit se développer et se reproduire avec tant d'insistance sur les fonds cancéreux. Dans le cas de Broussais, une petite tumeur indurée, de la grosseur d'une forte noisette, sortait par la partie antérieure de l'anus dans les efforts de défécation, et, comprimée par le sphincter, incommodait beaucoup le malade, qui était chaque fois forcé de la faire rentrer. La gêne qu'elle lui causait devint telle que, malgré sa répugnance pour la moindre opération, il se décida à la laisser lier. En pratiquant cette ligature, on aperçut au-dessus de la tumeur une autre éminence rouge, pyriforme et pédiculée qui, plus tard, dut être liée à son tour, puis écrasée, la ligature ayant cédé à des tractions. On voit, dans l'observation de Broussais, que le moyen dont il s'agit est très douloureux.

B. *Ligature en masse.* J'appelle ainsi celle dans laquelle on ne se borne plus à entourer d'un fil une simple végétation surgissant d'un fond cancéreux, mais dans laquelle on cherche à emporter la maladie entière.

« Quand la tumeur n'est pas située au-dessus de la portée du doigt, dit M. Pinault, on conseille d'en pratiquer la ligature ou l'incision; on injecte dans le rectum une grande quantité de liquide, on engage le malade à l'expulser avec rapidité; il arrive souvent que la tumeur est entraînée au dehors par les efforts d'expulsion résultant de la contraction du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale. On place alors le malade comme pour l'opération de la fistule à l'anus, et on applique une forte ligature sur la tumeur à l'endroit où elle s'unit à la muqueuse; on fait ensuite, un peu au-

Digitized by Google

dessus, la section du pédicule dont le reste tombe avec la ligature.» L'auteur de ce passage se prononce contre ce procédé, parce que, dit-il avec raison, le cancer n'est jamais enlevé en totalité. Il cite un cas de récidive qu'il venait d'observer sur une femme opérée en province, et d'autres faits semblables lui ont été communiqués.

Il est à penser que les efforts d'expulsion effectués par le malade ne suffiraient pas ordinairement pour faire sortir la tumeur cancéreuse. Il faudrait alors la saisir avec une pince de Museux, si elle était résistante, ou l'amener au dehors à l'aide du doigt recourbé en crochet. Lorsque la tumeur est trop élevée pour que le doigt puisse en atteindre la racine, Desault proposait d'en faire la ligature à l'aide de ses instruments pour la ligature des polypes internes; procédé que n'approuve pas Boyer, qui craindrait qu'on n'étreignît, au lieu d'une tumeur cancéreuse, une portion invaginée de l'intestin. Desault n'en cite pas moins un cas dans lequel la tumeur était située à 16 centimètres, et dans lequel il aurait réussi au prix des plus grandes difficultés; assurément les difficultés sont ce qu'il y a de plus croyable dans un pareil exemple. M. Récamier, à l'occasion d'un cancer du vagin chez une femme qui se refusait absolument à l'emploi de l'instrument tranchant, imagina un procédé de ligature qui n'a pas encore été publié, et que je vais décrire d'après les explications qu'a bien voulu me donner un des élèves de ce praticien qui va en faire le sujet de sa thèse.

Je supposerai, pour la clarté de la description, une tumeur cancéreuse occupant, sous forme d'anneau, toute la circonférence du rectum à une telle distance de l'anus que le doigt puisse dépasser la limite supérieure du mal, condition indispensable de l'application du procédé. Il faut que préalablement le passage ait été élargi s'il n'était pas susceptible d'être traversé par le doigt. On emploie à cet effet les moyens ordinaires ou même l'incision de la partie inférieure de l'intestin.

Le malade étant placé convenablement, on commence par introduire l'indicateur de la main gauche dans le rectum, et on lui fait dépasser la limite supérieure de la tumeur. On glisse ensuite derrière la tumeur une longue aiguille creuse sur sa face concave, dont les deux bords recourbés tendent à se rapprocher. La concavité de cette aiguille est ainsi convertie en une sorte de canal parcouru par un ressort que nous verrons fonctionner tout-à-l'heure, ressort arrondi à sa partie supérieure, qui présente une ouverture dans la-

Digitized by Google

quelle on passera le fil. L'aiguille est donc glissée derrière la tumeur entre celle-ci et la portion la plus excentrique des parois intestinales supposée saine. Lorsque le doigt a senti la pointe de l'aiguille, et que cette pointe, par conséquent, a dépassé la tumeur en haut, on pousse le ressort qu'on a vu occuper la concavité de l'aiguille. Mais, préalablement, et pour guider l'extrémité de ce ressort, on a introduit à la place du doigt indicateur un gorgeret dans lequel la pointe de l'aiguille est reçue, comme l'extrémité du bistouri dans l'opération de la fistule à l'anus. Le ressort glisse le long de ce gorgeret, et bientôt on le voit sortir par l'anus, présentant son chas : alors on passe dans celui-ci deux cordonnets de soie très solides et tels qu'on ne puisse les rompre en tirant fortement sur leurs deux extrémités à la fois. Les cordonnets doivent être de couleurs différentes, et par exemple, un jaune et l'autre vert. Cela fait, on tire sur le bout opposé du ressort, et les deux cordonnets sont ainsi attirés dans le rectum jusqu'à la limite supérieure du mal où est restée appliquée la pointe de l'aiguille. On a eu soin, bien entendu, de retenir au-dehors de l'anus deux des extrémités des cordonnets. Ceux-ci étant ainsi retenus et ne pouvant suivre, on retire l'aiguille qui entraîne nécessairement et le ressort et les deux autres bouts des cordonnets. On a de cette manière au dehors les quatre bouts de ces derniers. On recommence l'opération à une petite distance du premier point, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait entouré la tumeur d'un nombre suffisant de points. Il ne reste plus alors qu'à nouer les fils, et voici comment on y procède. Chaque cordonnet d'une couleur est noué très fortement par son bout interne avec le même bout du cordonnet de même couleur qui se trouve à son côté; les deux autres bouts des deux cordonnets sont passés dans un serre-nœud. Il en résulte que, dans le point qui correspond à l'intervalle de ces deux cordonnets, la tumeur est saisie par une anse que la pression du serre-nœud fait agir plus ou moins fortement. Comme il y a un nombre de cordonnets et d'anses proportionné au volume de la tumeur, il s'ensuit que celle-ci est étreinte dans toute son étendue. Sauf le serre-nœud, ce procédé de M. Récamier (1) ne diffère pas de celui qui a été employé par Bell, Warren, etc., pour les tumeurs érectiles à large base. Le serre-nœud de M. Récamier

(1) *Recherches sur le traitement du cancer.* Paris, 1829.

Digitized by Google

présente quelques dispositions particulières, mais ce n'est point là ce qui caractérise le procédé.

M. Récamier, qui emploie cette ligature pour les cancers de la langue et du vagin aussi bien que pour ceux du rectum, s'en loue beaucoup. Son plus ancien succès date de 1840.

Les parois de l'intestin peuvent être englobées dans le cancer: quelle serait dans ce cas la conduite de M. Récamier? Se déciderait-il à passer son aiguille en dehors de la paroi rectale? On comprend qu'il est impossible de se prononcer sur la valeur d'une méthode qui n'a pas encore franchi la pratique de son auteur. Je ferai remarquer que son application régulière exige que le cancer soit borné et qu'il ne soit pas élevé, enfin qu'il se trouve dans des conditions qui ne sont pas ordinaires. Ensuite on sera porté à penser que plusieurs ligatures faites dans le rectum doivent donner lieu à une inflammation ou à un gonflement, et quelquefois à des accidents sympathiques. Mais puisqu'un homme habile expérimente le moyen, attendons les résultats, tout en faisant nos réserves habituelles.

Excision. J'appelle ici excision l'ablation par l'instrument tranchant, bistouri ou ciseaux, des petites tumeurs ou végétations qui pullulent à la surface cancéreuse, réservant le nom d'extirpation à l'opération qui consiste à enlever le mal tout entier. Si une hémorrhagie survenait dans un cas où l'on aurait employé l'excision, la cautérisation avec le fer rouge lui serait opposée. Broussais, qui, sauf l'extirpation et l'anus artificiel, épuisa la thérapeutique locale des cancers du rectum (dilatation, cautérisation, écrasement, ligature, excision), dut subir encore l'excision d'une petite végétation pincée par l'anus. De tous ces moyens, combinés comme ils pourraient encore l'être dans un cas semblable, il résulta que l'orifice inférieur du rectum avait été parfaitement débarrassé. Malheureusement, l'affection carcinomateuse, qui semblait s'aggraver en proportion, atteignait dans le même temps toute la circonférence de l'intestin, et c'est contre elle que la cautérisation devait être impuissante.

On comprend à la rigueur que l'excision pourrait servir non plus comme moyen accessoire, mais à titre de moyen principal, dans un cas où il existerait une de ces tumeurs cancéreuses polypiformes à pédicule étroit, qui sont mentionnées par les auteurs, et alors, je crois, elle serait préférable aux moyens déjà indiqués.

Extirpation. Il faut distinguer l'extirpation du rectum cancéreux.

Digitized by Google

et l'extirpation des tumeurs cancéreuses du rectum ou de l'anus.

A. Extirpation du rectum cancéreux. Faget, en 1759, pratiqua avec succès l'extirpation de 41 millimètres de la partie inférieure du rectum, dans un cas où cet intestin avait été dénudé de toutes parts, à la suite de deux vastes abcès qui avaient détruit le tissu cellulaire des deux excavations ischio-rectales. Béclard, au rapport de Paris, cité par M. Velpeau (1), professait, dans ses cours à la Pitié, dès l'année 1822, que l'extirpation des parties altérées était possible pour les cas d'indurations squirrheuses de l'extrémité inférieure du rectum. Morgagni, Desault et Boyer s'étaient prononcés contre l'opération dont il s'agit. Ce fut, comme on le voit dans la thèse de M. Pinault, le 13 février 1826, que M. Lisfranc eut l'idée d'appliquer l'opération mise en pratique par Faget au cancer de l'extrémité inférieure du rectum. La thèse de M. Pinault fut soutenue le 10 août 1829. Ce ne fut que plus d'un an après que parut dans la *Gazette médicale* le mémoire de M. Lisfranc.

M. Lisfranc cherche d'abord à établir anatomiquement la possibilité de l'opération, et pour cela il commence par fixer la distance à laquelle le cul-de-sac péritonéal se trouve de l'anus. « Les recherches nombreuses que j'ai faites à ce sujet, dit-il, m'ont convaincu que le péritoine s'arrêtait à 162 millimètres de la terminaison du rectum chez la femme, et 108 millimètres chez l'homme. » Cette distance m'a paru exagérée. Dans l'état normal, dit M. Bandin, le péritoine descend sur le rectum jusque vers un point qui varie, suivant les sexes, jusqu'à 81 millimètres de la marge de l'anus, terme moyen chez l'homme, jusqu'à 41 millimètres chez la femme. » Ailleurs M. Blandin ajoute : « Chez le fœtus, et chez l'enfant... les cloisons *recto-vésicale* et *recto-vaginale* n'existent pas. Aussi à cet âge le péritoine peut-il revêtir et revêt-il réellement une beaucoup plus grande étendue de la face antérieure de cet intestin et descend-il beaucoup plus près de l'anus (2). » Est-ce que cette disposition ne peut pas se maintenir dans l'âge adulte? On voit quelles différences existent entre l'évaluation de M. Blandin et cellede M. Lisfranc. Plus on fera de recherches sur le cadavre, plus on se rapprochera de l'opinion de M. Blandin.

La distance du périnée au péritoine sera d'ailleurs pendant long-

(1) *Médecine opératoire*, Paris, 1839, t. IV, pag. 809.

(2) Blandin, *Nouv. élém. d'anatomie*, Paris, 1838, t. II, p. 187 et suiv.

Digitized by Google

temps encore un sujet de désaccord pour les anatomistes. La raison en est simple et se trouve dans les différences extrêmement nombreuses qui existent sous ce rapport parmi les sujets. Non seulement l'intervalle que j'appellerai périnéo-péritonéal varie selon les individus, mais encore, chez le même individu, il varie selon beaucoup de circonstances faciles à prévoir, et surtout selon la manière dont on procède à la mensuration. Sur un sujet dont le ventre est ouvert et dont je vois le cul-de-sac péritonéal par sa face supérieure, j'introduis une sonde par le rectum, et j'arrive au point de l'intestin qui correspond à la séreuse après un simple trajet de 3 centimètres; je fais une coupe verticale du bassin, et en raison du relâchement des parties produit par la division des tissus, je trouve par la mensuration une augmentation de 1 centimètre dans l'intervalle indiqué. Si l'on tire sur l'extrémité inférieure de l'intestin, la distance varie encore... Voilà un certain nombre de circonstances qui expliquent, avec d'autres que je ne mentionne pas, en outre, comme je l'ai dit, des différences individuelles, le désaccord qui doit exister parmi les auteurs sur la véritable étendue moyenne de l'espace périnéo-péritonéal. Il en résulte que, dans cette question, comme s'il s'agissait de préciser le point du rectum auquel on peut parvenir à l'aide du doigt explorateur, je suis obligé de me tenir dans l'indécision comme anatomiste, et dans une extrême réserve comme opérateur. Toujours est-il que l'évaluation de M. Lisfranc est beaucoup trop favorable à l'opération qu'il a inventée. On voit, dans une observation de M. Costallat, que le péritoine n'était qu'à 36 millimètres de la partie antérieure de l'anus. Admettons que ce fût une exception, mais sachons la prendre en considération. Cette question est des plus importantes, des plus pratiques, et une de celles sur lesquelles il importe d'appeler instamment l'attention des anatomistes. Quand on aura trouvé la moyenne, on ne sera pas encore à l'abri de graves erreurs, attendu que toute moyenne suppose des extrêmes; et rien ne pouvant vous indiquer dans quel cas elles se rencontrent, vous devez agir comme dans les cas de minimum de l'étendue de l'espace dont il s'agit.

Voici quelques mesures que j'ai prises, aidé par M. le docteur Bouchut, alors interne des hôpitaux. Je les donne, tout en avouant qu'il les faudrait infiniment plus nombreuses.

Jeune homme de vingt ans environ. En avant, le péritoine se trouve à 74 millimètres de l'anus. Il n'existe pas de méso-rectum.

Digitized by Google

Le bas-fond de la vessie est découvert dans l'étendue de plus de 27 millimètres au-dessus de la prostate. On peut avec la main décoller le péritoine de la partie antérieure du rectum jusqu'à une hauteur de 108 millimètres.

Femme de soixante-dix ans environ. En avant, le péritoine se trouve à 30 millimètres de l'anus. Le méso-rectum est assez large. La paroi postérieure du vagin est tapissée par le péritoine à partir de 27 millimètres au-dessous du museau de tanche. Cette séreuse est très adhérente au vagin et à l'utérus, de même qu'au rectum, desquels on la décolle difficilement.

Jeune homme de vingt-six ans. Le péritoine se trouve à 57 millimètres de l'anus en avant. Il n'y a pas de méso-rectum. La face postérieure de l'intestin est tout-à-fait dépourvue de péritoine; celui-ci, dans la partie de l'intestin qu'il recouvre, se laisse facilement décoller.

Vieille femme grasse et à demi putréfiée. Le ventre est aplati et les organes du petit bassin sont refoulés dans son intérieur. Le péritoine, en avant, se trouve à moins de 27 millimètres de l'anus. En enlevant le rectum, et en mesurant sur la table la portion non recouverte par le péritoine, on lui trouve une étendue de 81 millimètres.

Vieille femme maigre putréfiée. Ventre aplati; organes refoulés dans le petit bassin. En avant, le péritoine est à une distance de 27 millimètres de l'anus. Le méso-rectum est très lâche. Le péritoine est facile à décoller; son cul-de-sac correspond à 27 millimètres du col utérin.

Jeune homme de vingt-sept ans. Le péritoine est à 74 millimètres de l'anus en avant. Il existe au-dessus de la prostate un espace de 14 millimètres dans lequel la vessie n'est pas recouverte par le péritoine. Celui-ci est facile à détacher de l'intestin.

Homme de quarante-cinq ans. Le péritoine est à 68 millimètres de l'anus en avant. Il n'existe pas de méso-rectum. L'intestin n'est pas environné dans toute sa circonférence. Le péritoine descend jusque sur la prostate. On le décolle facilement du rectum dans l'étendue de 41 millimètres.

Si on additionne ces diverses mesures, on trouve pour la partie antérieure une distance moyenne de moins de 54 millimètres. Je répète que ces mesures sont trop peu nombreuses; mais telles qu'elles sont, elles feront réfléchir sur les autres évaluations qui ont été données.

Digitized by Google

Voici, selon M. Lisfranc, les circonstances qui indiquent ou qui contre-indiquent l'opération.

« 1° Il faut qu'avec le doigt indicateur on puisse dépasser les limites supérieures du mal qui a résisté à l'usage de tous les moyens ordinaires, et qui menace le malade d'une mort certaine; 2° on s'assurera autant que possible de l'épaisseur du cancer autour du rectum; quand le tissu cellulaire qui environne la partie inférieure du canal intestinal est sain, l'intestin est mobile et se laisse abaisser; notre opinion est qu'alors on doit opérer. Lorsqu'au contraire le cancer s'étend beaucoup plus loin, et qu'il remonte d'ailleurs assez haut, je laisse à l'expérience le soin de décider la question. »

Voici, d'un autre côté, comment M. Pinault s'était exprimé sur ce point : « Avant d'entreprendre cette opération, il faut s'assurer, *autant que faire se peut*, de l'étendue en épaisseur qu'a la maladie; car il est certain qu'on éprouverait *les plus grandes difficultés dans son exécution* si le cancer avait envahi non seulement toutes les tuniques de l'intestin, mais encore le tissu cellulaire situé dans les deux excavations ischio-rectales et les organes voisins, tels que la totalité de la cloison recto-vaginale chez la femme, ou la prostate et le canal de l'urètre chez l'homme. »

Il y a ici défaut de précision dans les termes, ce qu'il ne faudrait pas quand s'agit de points si importants. Ce n'est pas *autant que faire se peut*, mais absolument, qu'il faut apprécier l'épaisseur de la maladie quand il est question de l'attaquer au moyen d'une opération grave. Ensuite, il n'y aurait pas seulement de *grandes difficultés* dans l'opération, il y aurait impossibilité chirurgicale de l'achever, si le cancer avait envahi la cloison recto-vaginale ou la prostate et l'urètre.

On comprend l'importance de l'anatomie chirurgicale dans la question dont je m'occupe; M. Lisfranc a exposé à cet égard quelques données dans le détail desquelles je suis obligé d'entrer. Les voici telles que je les trouve dans son mémoire :

« 1° Chez la femme adulte, le diamètre antéro-postérieur du périnée est de 27 millimètres; il peut varier et n'offrir que 5 à 7 millimètres;

» 2° Dans l'un et l'autre sexe, la distance de l'anus à la partie inférieure du coccyx est de 41 millimètres; l'intervalle qui existe entre l'orifice inférieur du rectum et la base de cet os est de 54 millimètres;

Digitized by Google

» 3° Chez la femme, une incision ovalaire étant pratiquée à 20 millimètres environ de l'orifice inférieur du canal intestinal, la dissection étant portée jusqu'à l'intestin sur lequel on exerce de légères tractions, il est possible, comme on peut s'en convaincre sur le cadavre, d'enlever, sans s'exposer à blesser le vagin, 54 millim. des faces latérales et postérieure de cet organe; la saillie qu'il forme en avant n'est que de 36 millim., à cause des adhérences intimes qu'il a en cet endroit avec le vagin. Ces adhérences formées par des fibres musculaires, par un tissu aponévrotique et par un tissu cellulaire fort dense et très serré, s'étendent du tissu adipeux sous-cutané, à 7 millimètres environ de profondeur. J'ai dit que plus loin on pourra séparer avec le doigt indicateur le rectum du vagin jusqu'à l'insertion du péritoine.

» 4° Chez l'homme et chez la femme, des tractions étant exercées sur le rectum dont la saillie est déterminée par l'effacement de ses courbures, le péritoine descend à peine de 2 millimètres; on s'en assure, l'abdomen du cadavre étant ouvert.

» 5° Dans l'homme, après avoir incisé autour du rectum et disséqué jusqu'à cet intestin, on le soumet à de légères tractions; on peut enlever 41 millimètres de toute sa circonférence sans courir le risque de blesser l'urètre.

» 6° Au-devant de la prostate, ce canal n'est en rapport avec le rectum, auquel il n'est d'ailleurs uni, ainsi que la vessie, par un tissu cellulaire fin et élastique, que dans l'étendue de 7 millimètres; quand l'urètre arrive dans le périnée, il s'éloigne d'autant plus de l'intestin qu'il se porte davantage en avant, et depuis le point où il abandonne l'intestin jusqu'à la peau, il forme avec l'axe du canal intestinal un angle à sinus inférieur d'environ 20 degrés. Les tissus renfermés dans cet angle sont trop connus pour que je les indique; je ferai seulement remarquer qu'il est impossible de disséquer avec le doigt jusqu'à ce que le bistouri les ait dépassés.

» 7° Les artères hémorrhoïdales inférieures, la branche superficielle de la honteuse interne, la transverse du périnée, les hémorrhoïdales moyennes, et les rameaux de terminaison de l'hémorroïdale supérieure, sont les seuls vaisseaux importants qu'on est exposé à léser; la ligature ou la compression n'en est pas impossible; on peut répondre de l'hémorrhagie dans l'opération que je vais décrire. »

Il ne faut répondre de rien, et surtout de l'hémorrhagie; mais

Digitized by Google

j'aurai à revenir sur ce point. Voici, en attendant, des descriptions de procédés, telles que je les trouve dans la thèse de M. Pinault, élève de M. Lisfranc.

Procédé de M. Lisfranc. « 1° Le malade doit être placé sur un lit ou sur une table garnie de matelas. Il est couché sur le côté, les cuisses à demi fléchies; des aides l'assujettissent dans cette position. L'un d'eux tend les téguments environnant l'anus; un autre est chargé de présenter les instruments à l'opérateur. Le chirurgien, tenant de la main droite un bistouri convexe en première position, tendant de la main gauche les téguments, fait à 27 millim. environ de l'orifice anal deux incisions semi-lunaires, comprenant la peau et se réunissant en avant et en arrière du rectum. Il peut arriver, comme je l'ai vu sur deux individus, que des végétations ou des ulcérations carcinomateuses existent sur la peau voisine de l'anus, et qu'il soit nécessaire de faire ces deux incisions à une plus grande distance du rectum, pour pouvoir emporter toutes les parties malades. On dissèque ensuite la peau en dirigeant le tranchant du bistouri vers le rectum; on isole celui-ci de toutes parts. Ces deux incisions ont pour avantage de permettre d'abaisser le rectum et de le faire saillir en bas de plus 27 millim. lorsqu'on tire sur lui, après avoir introduit dans son intérieur le doigt indicateur. Quand le cancer est superficiel, qu'il est borné à la muqueuse ou qu'il ne s'étend pas au-delà des tuniques de l'intestin; quand, en même temps, il ne s'élève pas à plus 27 millim. au-dessus de l'anus, il est facile, en recourbant le doigt indicateur introduit dans le rectum, en retirant en bas, de renverser l'intestin sur lui-même, de manière à mettre toute la maladie à découvert. Il suffit alors de fendre la partie du rectum renversé, et de l'exciser en la contournant avec de forts ciseaux sur le plat. Quand la maladie se présente sous cette forme, l'opération est aussi simple que facile à exécuter. Les fibres du sphincter externe ne sont presque jamais enlevées en totalité, et après la cicatrisation de la plaie, les malades ne sont nullement gênés dans l'acte de la défécation.

» 2° Quand le cancer a envahi la totalité des tuniques de l'intestin et le tissu cellulaire qui l'environne, quand il remonte à la hauteur de 54 à 81 millimètres, on ne peut plus mettre en usage le procédé opératoire que je viens de décrire. L'opération devient alors plus compliquée : il faut, après avoir fait les deux incisions semi-lunaires et disséqué la partie inférieure du rectum dans toute sa circon-

Digitized by Google

férence, pratiquer avec de forts ciseaux droits dirigés sur le doigt indicateur introduit dans l'intestin, une incision parallèle à son axe. Cette incision doit être faite sur la partie postérieure du rectum, parce que cet endroit est celui où l'on rencontre le moins de vaisseaux et où il y a moins à craindre d'ouvrir le péritoine ou de blesser quelque organe important. L'incision doit être prolongée jusqu'au-dessus des limites du mal. Elle a pour avantage de permettre de dérouler l'intestin et de laisser voir la maladie dans toute son étendue. Comme il y a toujours dans ces différentes incisions quelques artérioles ouvertes, il faut suspendre l'opération pendant deux ou trois minutes et placer dans la partie inférieure du rectum et sur la plaie une éponge imbibée d'eau froide. L'astriction produite par le froid arrête promptement le suintement sanguin qui masque les parties sur lesquelles on doit opérer. Quand on retire l'éponge, on peut facilement juger de l'étendue du mal et de sa nature; la plaie ne fournit pas plus de sang que si on opérait sur le cadavre. On implante alors sur la partie inférieure du rectum deux ou trois érignes dont on se sert pour le tenir abaissé. »

Quand on opère sur une femme et que le mal occupe toute la circonférence de l'intestin, on recommande de faire porter les deux doigts d'un aide dans le vagin, afin d'abaisser la cloison recto-vaginale. La dissection sur ce point doit être faite avec le plus grand ménagement. J'ai dit plus haut que M. Roux, dans un cas difficile, est parvenu à isoler complétement une tumeur cancéreuse qui s'appuyait sur la paroi vaginale. L'aide chargé de faire saillir la cloison doit avertir l'opérateur du plus ou moins de distance qui existe entre les doigts et le bistouri. Il serait préférable, autant que possible, que le chirurgien portât lui-même les doigts dans le vagin; il serait ainsi bien plus efficacement guidé.

Lorsque c'est sur un homme que l'opération est pratiquée, on donne le précepte d'introduire dans l'urètre une sonde qui sert à faire distinguer ce canal pendant qu'on dissèque la partie antérieure du rectum. Cette sonde doit être confiée à un aide qui avertit l'opérateur dès que le bistouri s'approche de l'urètre; le chirurgien lui-même la saisit de temps en temps et lui fait exécuter quelques mouvements, afin de bien s'assurer de la position du canal de l'urètre et de l'épaisseur des parties molles qui le recouvrent. M. Velpeau fait remarquer qu'il servirait peu d'avoir introduit une sonde dans l'urètre si on n'avait pas une notion exacte de l'anatomie des parties à intéresser.

Digitized by Google

M. Pinault veut que les vaisseaux soient liés à mesure qu'ils sont ouverts, sans quoi le sang masquerait les parties, et l'on courrait risque d'agir en aveugle. Si on ne lie pas les vaisseaux à mesure, il faut se hâter de terminer l'opération en prescrivant à un aide de mettre le doigt sur l'ouverture des artères dès que l'instrument les a divisées. On reproche à cette manière d'agir un inconvénient qui consiste en ce qu'après l'opération le rectum remonte au point qu'il est parfois difficile de le saisir et de l'attirer en bas. Quand on est parvenu à l'attirer, il peut arriver que par cette manœuvre même on comprime le vaisseau qui fournissait l'hémorrhagie. Il faut alors lâcher la portion saisie et en prendre une autre. Le vaisseau d'abord comprimé est ainsi dégagé, et on reconnaît sa position au sang qu'il projette. M. Pinault dit avoir vu *souvent* extirper le rectum sans qu'il y ait eu besoin de lier une seule artère. Le plus ordinairement, ajoute-t-il, l'écoulement du sang s'arrête spontanément.

L'extirpation faite, M. Velpeau recommande de passer le doigt dans la plaie et de rechercher s'il n'est pas resté quelques portions malades; dans l'affirmative, ces portions devraient être emportées.

M. Lisfranc veut qu'après avoir recouché le malade, quand il n'y a plus aucun suintement de sang, on recouvre simplement la plaie d'un linge fenêtré enduit de cérat, et qu'on place par-dessus des plumasseaux de charpie et des compresses, le tout maintenu avec un bandage en T. M. Velpeau pense qu'il est important d'introduire une mèche dans le rectum dès le principe. Le doigt la précédera, et elle sera fortement inclinée en arrière, puis basculée dans le sens contraire. Pour le reste, le pansement ne diffère pas de celui qui vient d'être indiqué. En négligeant la mèche, ajoute le professeur que je viens de citer, on rend le premier pansement plus prompt et plus facile, mais on se crée des difficultés pour l'avenir.

Le malade est mis à une diète absolue. On lui prescrit des boissons émollientes et une potion appropriée. Il est presque toujours nécessaire, dit-on, de pratiquer une saignée du bras d'une ou deux palettes, et cela lorsque le pouls se relève, cinq à six heures après l'opération. On devra avoir égard aux forces du malade, qui pourraient déjà s'être épuisées. Dans ce cas on s'abstiendra d'employer la saignée, au moins comme moyen préventif. Du troisième au quatrième jour la plaie commence à suppurer. Le pus qu'elle fournit est fétide, mêlé de matières stercorales; vers le huitième ou le dixième jour, il devient tellement abondant qu'il est nécessaire de

Digitized by Google

renouveler le pansement trois ou quatre fois par jour. Il se forme quelquefois dans le tissu cellulaire des excavations ischio-rectales, des clapiers qui deviennent la source d'indications spéciales. On a observé que l'on réussissait quelquefois à les vider, en commandant au malade de pousser comme pour aller à la selle.

Quand l'extirpation du rectum a été pratiquée sur une femme, on conseille de sonder pendant les quinze ou vingt premiers jours qui suivent l'opération, pour empêcher les urines de couler sur la plaie.

Du vingtième au trentième jour, la sécrétion du pus diminue; la plaie est moins douloureuse, elle se couvre de boutons charnus de bonne nature; la peau se rapproche de l'intestin, et la cicatrice se fait d'abord avec une extrême rapidité, tellement que la solution de continuité diminue quelquefois de plus de moitié dans l'espace d'une semaine. Lorsque les téguments ne peuvent plus fournir à la cicatrice, celle-ci se fait beaucoup plus lentement. On voit une pellicule naître de la peau, une autre de l'intestin, et les deux pellicules se rencontrer vers le milieu de l'espace qui n'était pas encore cicatrisé.

La cicatrice a une tendance extrême à se coarcter: aussi, pendant toute la durée du traitement, et même longtemps après, doit-on se garder de négliger l'introduction de la mèche. Sans cette précaution indispensable, « la plupart des malades, dit M. Velpeau, ne tarderaient pas à être affectés d'un rétrécissement capable de leur faire perdre le prix de tant de souffrances. »

M. Velpeau, tendant à généraliser un mode opératoire qui lui est familier, a mis en usage, dans les cas dont je m'occupe, trois nuances diverses d'un procédé que je vais faire connaître.

Procédé de M. Velpeau. Le cancer est supposé former un anneau de 27 millimètres seulement de hauteur. On commence par le fendre en arrière. Il est ensuite abaissé et porté tout-à-fait en dehors, à l'aide du doigt ou au moyen de bonnes érignes; après quoi, on passe avec une aiguille courbe une série de fils de haut en bas, ou du rectum vers la peau, au-dessus de la tumeur, qui est détachée avec le bistouri ou les ciseaux de dehors en dedans ou de dedans en dehors, à 5 ou 7 millimètres en-deçà de chaque point traversé par les fils. Ceux-ci, rapprochés et noués immédiatement, servent à opérer la réunion des bords opposés de la plaie.

Lorsque le mal s'élève davantage, M. Velpeau commence par disséquer le cancer de bas en haut, comme dans le procédé ordi-

Digitized by Google

naire, et jusqu'à une certaine distance au-dessus de la tumeur. Cela fait, les fils sont passés d'espace en espace à travers la partie saine du rectum, puis, par l'autre bout, à travers la lèvre cutanée ou externe de la plaie. Le mal se trouve ainsi dans l'espace intermédiaire à l'entrée et à la sortie des fils. Le cancer est retranché aussitôt, et les fils sont réunis et noués comme dans le premier cas.

Si, au lieu d'un cancer en gimblette, on a à enlever une simple plaque, on la circonscrit entre deux incisions semi-elliptiques dont les bords sont sur-le-champ réunis à l'aide de quelques points de suture.

M. Velpeau trouve à ce procédé l'avantage de rapprocher immédiatement l'intestin des téguments, de rendre l'hémorrhagie plus difficile, la guérison plus prompte, la réaction moins sérieuse, et de ne pas laisser de cicatrices inodulaires.

Accidents de l'opération. — 1° *Hémorrhagie.* On a vu que ce n'était point là ce que craignait M. Lisfranc. Mais on sait qu'un des opérés de M. Velpeau périt avec un demi-kilogramme de sang épanché dans le haut du rectum. On a d'autant plus à craindre l'hémorrhagie, dit M. Pinault, que le malade a perdu une plus grande quantité de sang pendant l'opération. S'il est menacé de syncope, ajoute-t-il, si le pouls est à peine sensible, il est prudent de tamponner. Il le faudrait encore si l'on ne pouvait réussir à découvrir et à lier une artère blessée. Puisque l'éponge imbibée d'eau froide réussit si bien à M. Lisfranc, ne serait-ce point ici l'occasion de l'employer? L'irrigation continue, employée avec succès par M. Bégin (1) contre les hémorrhagies résultant de l'opération de la taille, pourrait, je pense, être d'un effet avantageux dans les cas dont je parle. Il vaudrait mieux encore cautériser avec le fer chauffé à blanc.

2° *Phénomènes nerveux.* « Les malades éprouvent presque toujours des coliques passagères plus ou moins violentes, des borborygmes, des envies fréquentes et inutiles d'aller à la selle, des hoquets, des nausées, des vomissements; à ces symptômes se joignent souvent des douleurs vives de vessie accompagnées d'envies presque continuelles d'uriner. » (Pinault.) Ces phénomènes peuvent en imposer pour les symptômes d'une péritonite; mais on les distinguera

(1) *Bulletin de l'Acad. roy. de médecine*, t. VII, p. 307. — *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1843, t. X, pag. 100.

Digitized by Google

en ce qu'ils se manifestent presque immédiatement après l'opération et avant que des accidents inflammatoires aient eu le temps de se développer. En outre, le ventre n'est ni ballonné ni douloureux à la pression, comme dans la plupart des cas de péritonite. On a observé une fois un frisson général qui s'empara du malade aussitôt après l'opération, et dura une demi-heure.

3° *Inflammation et suppuration du tissu cellulaire du bassin.* Deux femmes du service de M. Lisfranc ont succombé à cet accident. L'une d'elles seule a été ouverte. On dit que l'aponévrose moyenne du périnée avait été divisée à son insertion du coccyx. Chez les deux, on avait fendu le rectum, sur sa paroi postérieure, dans l'étendue de 95 millimètres, circonstance bien importante à noter. L'aponévrose périnéale moyenne serait-elle donc, comme on l'a dit, une barrière salutaire capable de s'opposer à la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire du bassin? Cette inflammation, dans le cas précité, s'était étendue le long de la colonne vertébrale jusqu'au-dessous des reins.

4° *Péritonite.* Plus on s'élève vers la partie supérieure du rectum, plus on court le risque de donner lieu à une péritonite. Elle sera plus ou moins promptement mortelle selon qu'on aura ou non lésé, ouvert le péritoine. Si le péritoine n'a pas été ouvert, il peut s'enflammer comme il s'enflamme quelquefois à la suite des tailles périnéales quand les débridements du col de la vessie sont trop étendus. Une grande erreur, soutenue surtout dans ces derniers temps, c'est de croire éviter la péritonite quand on n'a pas divisé le péritoine. Mais s'il est vrai que cette séreuse s'enflamme nécessairement quand on touche à sa surface interne, il n'est pas moins vrai que, si on irrite sa face adhérente, on s'expose à une inflammation non moins vive que la première.

Il est vrai que la mort n'est pas aussi prompte qu'après la division du péritoine. Cette division est un malheur qui a dû arriver plus d'une fois à ceux qui ont su si mal mesurer l'espace périnéo-péritonéal, et qui ajoutent à ce manque de connaissances anatomiques une trop grande hardiesse chirurgicale.

Voici deux faits que je dépose dans la conscience des hommes de bien. Un chirurgien célèbre voyageait; en passant par une grande ville de France, il extirpa un rectum cancéreux, le jour de son départ. Il n'avait pas encore le pied dans sa chaise de poste, que le malheureux opéré était mort. J'ai vu en mai 1841, dans l'am-

Digitized by Google

phithéâtre d'un grand hôpital de Paris, un cadavre d'un homme mort *douze heures* après l'extirpation du rectum. Le péritoine qui va de la vessie au rectum a une ouverture qui laisserait passer trois doigts. MM. Desprez, Giraldès, Denonvilliers, etc., ont pu voir ce sujet. Ces chirurgiens s'étaient rendus, ce jour-là, à cet hôpital, pour assister un de nos collègues qui devait réduire une luxation de l'extrémité interne de la clavicule.

5° *Phlébite.* Un des opérés de M. Velpeau succomba à ce terrible accident. Dans un autre cas de M. Pinault, on trouva une grande quantité de pus dans la plupart des veines du bassin, dont la membrane interne était, en outre, tapissée d'une couche comme albumineuse, qu'on enlevait facilement en la raclant avec le scalpel.

6° *Autres accidents.* M. Velpeau cite un de ses malades comme étant mort d'épuisement. Dans un autre fait mentionné par ce professeur, il y eut une fistule recto-vaginale.

Résultats définitifs de l'opération. La défécation, selon certains opérateurs, n'éprouverait guère de dérangement à la suite de l'extirpation du rectum. N'a-t-on enlevé que la membrane muqueuse, ou une partie des sphincters inférieurs, ou même la totalité de ces muscles, le rectum exécuterait ses fonctions comme à l'ordinaire. « A-t-on réséqué l'intestin à une assez grande hauteur et dans toute son épaisseur, il se forme aux dépens des fibres musculaires de celui-ci, et peut-être aussi de l'insertion de celles du releveur de l'anus, une espèce de bourrelet en forme de sphincter à la partie supérieure de la cicatrice, dont la pellicule, qui s'étend depuis l'intestin jusqu'à la peau, paraît être d'organisation muqueuse accidentelle. » M. Lisfranc explique comment on n'observe pas d'incontinence des matières fécales à la suite de l'opération dont il s'agit, par la disposition en forme de Z que représenterait le canal qui, des téguments, remonte à la partie inférieure de l'intestin excisé. Ce n'est, dit M. Lisfranc, que lorsque les matières sont très liquides, et lorsque les intestins sont irrités, qu'il peut y avoir nécessité, pour les malades, de retenir les matières à l'aide d'un bourdonnet de charpie qu'ils ôtent pour aller à la selle. Bien plus, au lieu de l'incontinence, il pourrait y avoir rétention des matières dans le canal artificiel indiqué, au point qu'il faudrait les extraire à l'aide du doigt ou d'un lavement. Cela arriverait lorsque les matières sont trop dures.

Aujourd'hui, M. Lisfranc se croirait autorisé à s'appuyer de la

Digitized by Google

découverte d'un sphincter supérieur faite par M. Nélaton, et des opinions physiologiques de M. O'Beirne, opinions dont M. Eager, alors interne des hôpitaux, donna l'analyse dans le *Journal hebdomadaire* (1833), et desquelles il résulterait que les sphincters inférieurs n'auraient pas l'importance qui leur a été attribuée. Ce ne serait pas dans le rectum, ce serait dans l'S iliaque que les matières s'accumuleraient, et elles n'arriveraient dans le premier qu'au moment de leur expulsion. On concevrait dès lors que l'extirpation de la partie inférieure de cet intestin ne produisît pas l'incontinence des fèces. Mais, malheureusement, il n'y a guère lieu à se fonder sur ces inductions physiologiques. N'ai-je pas cité, en parlant de la pathologie du cancer du rectum, un cas dans lequel le simple écartement de l'anus par suite de la présence de deux tumeurs déterminait l'incontinence, et n'observe-t-on pas cette dernière lorsque précisément l'ulcération cancéreuse de la partie inférieure du tube digestif s'est étendue aux sphincters et les a détruits? Je suis loin de dire que l'incontinence des matières aura lieu dans tous les cas, puisqu'il arrive parfois le contraire; je dis seulement qu'il ne convient pas de la donner comme presque impossible, attendu que l'on exposerait les chirurgiens à de pénibles mécomptes. Un malade de M. Haime et l'un des opérés de M. Velpeau n'en demeurèrent-ils pas affectés? et quand il s'est agi du *diagnostic*, n'a-t-on pas lu une observation empruntée à M. Cruveilhier, dans laquelle cet inconvénient est mis si bien en relief?

Telle est, dans toutes les circonstances qui en dépendent, l'extirpation du rectum cancéreux. Cette opération enlève rarement toute la maladie, et elle peut hâter le terme fatal. Sur neuf opérés, M. Lisfranc avoue trois morts. Les décès de la Salpêtrière et de Bicêtre étant inconnus à M. Lisfranc quand il a écrit son mémoire, il ne pouvait en tenir compte. (Voyez l'observation déjà citée par M. Cruveilhier.) M. Velpeau a perdu trois opérés sur six. Il n'y a que deux des malades de M. Velpeau qui soient guéris (primitivement). Le sixième, dont j'ai déjà parlé, est resté affecté d'incontinence. Voilà donc une opération qui n'enlève pas toujours le mal, qui donne des guérisons incomplètes, et qui peut tuer en douze heures. Mais, attendu que les sujets affectés de cancer du rectum sont inévitablement destinés à en mourir, et que, s'il existait des chances de prolonger leur existence, elles se trouveraient, selon quelques chirurgiens, dans l'opération, on se croit autorisé à la tenter. Ici surgit une des plus

Digitized by Google

difficiles questions de médecine opératoire. Quand le mal est nécessairement incurable, est-on en droit de tout entreprendre? Mais, en tout entreprenant, on augmente le chiffre des insuccès chirurgicaux, et on finit par donner à la chirurgie une réputation de malheur qui pourrait un jour nuire à son indépendance. Dans la pathologie du cancer du rectum, j'ai montré l'infiltration cancéreuse avec des limites mal tracées; j'ai prouvé que quand le cancer se présentait sous forme de masses de tumeur, il avait une nature des plus malignes et une tendance extrême à la récidive, et j'ai cherché à établir que ce même cancer était répété dans le bassin et les viscères. Là se trouve implicitement résolue la question de savoir si l'opération offre des chances, non d'un succès *primitif* et éphémère, mais d'un succès *consécutif* et durable. Supposons qu'elle en offre, quand les offrirait-elle? Ce n'est point assurément lorsque le mal s'élève si haut, quand il y aurait risque, en voulant l'atteindre, d'intéresser le péritoine. A mon avis, un cancer qui s'élèverait à plus de 27 millimètres échapperait dans tous les cas à la juridiction du bistouri. (Je sais qu'on a déjà trouvé que j'étais trop réservé.) Lorsque le cancer siège en arrière, on s'est permis, vu la disposition du péritoine, d'agir un peu plus haut. Il n'y a guère à compter dans aucun cas sur le décollement de cette membrane. Ce décollement, possible dans l'état normal, cesse de l'être le plus souvent quand un travail pathologique s'est opéré aux environs de la séreuse. Le passage suivant, écrit par M. Pinault, partisan de l'opération, mérite de fixer sérieusement l'attention des chirurgiens : « Ce n'est qu'avec beaucoup de peine, dit-il, qu'on parvient à séparer le rectum de la partie antérieure de la prostate, dont on pourrait facilement confondre le tissu, à cause de sa couleur et de sa consistance, avec celui du squirrhe. Ce qui augmente encore les difficultés, c'est que la circonférence du bassin est plus étroite chez l'homme que chez la femme; on est d'ailleurs privé d'un grand avantage qu'on a chez cette dernière, c'est de pouvoir introduire le doigt dans le vagin pour faire saillir le rectum. Ces difficultés, que j'indique dans le cas où on opère chez l'homme, ne doivent pas faire renoncer à l'opération, *quand le cancer ne s'élève pas à plus de 51 millimètres et qu'il ne s'étend pas trop profondément en épaisseur.* »

Jusque là, c'est l'homme que j'ai eu en vue. S'élèverait-on plus haut si l'on opérait sur une femme? Non, certes. M. Blandin ne dit-

Digitized by Google

il pas que chez la femme le péritoine descend plus bas que chez l'homme, et n'est-ce pas ce que les mesures que j'ai prises m'ont montré?

On ne devrait positivement tenter aucune opération si le doigt introduit dans le vagin reconnaissait que la cloison est envahie. Il ne faudrait pas opérer non plus si l'on n'avait une notion exacte de l'épaisseur du mal. Or, cette notion est presque impossible à acquérir. J'ai parlé de cas dans lesquels il y a, non plus un intestin, mais un canal creusé au sein d'une masse squirrheuse. A quoi servirait-il d'opérer alors? Enfin il ne faudrait s'abstenir que s'il existait un état général tel que la vie ne pût se prolonger pendant un certain temps. Il faut toujours que le malade puisse espérer suffisamment de vie pour qu'il y ait compensation aux douleurs inséparables d'une opération laborieuse. Et quelle compensation qu'un état ressemblant plus ou moins à celui de cette malheureuse femme dont M. Cruveilhier nous a tracé l'histoire!

2° *Extirpation des tumeurs cancéreuses du rectum et de l'anus.* L'excision simple de ces tumeurs telle qu'elle a été indiquée plus haut, sera rarement suffisante, attendu que les tumeurs tiennent le plus souvent, comme je l'ai dit, à un fond cancéreux. L'enlèvement des tumeurs cancéreuses du rectum ou de l'anus exige ordinairement une dissection minutieuse et habile. Les règles des opérations à l'aide desquelles on en débarrasse les malades ne peuvent être établies invariablement. Chaque cas, pour ainsi dire, modifie le procédé opératoire. On a vu dans le travail important de M. Bégin (1) que ce praticien, ayant à extirper chez un homme de soixante-cinq ans une tumeur qui occupait la moitié environ de la circonférence de l'anus, du côté gauche, et s'élevait à huit ou neuf centimètres, fit construire un gorgeret en tôle d'acier dont le sommet présentait six dents aiguës destinées à être enfoncées dans les tissus au-dessus de la tumeur. La concavité du gorgeret était occupée par un mandrin en bois recouvrant les extrémités des dents, pour que l'instrument pût être introduit sans blesser les portions saines de l'intestin. Il suffit d'une incision semi-lunaire partant de la partie postérieure du rebord de l'anus, contournant la tumeur à une certaine distance en dehors des points altérés, et venant rejoindre l'ouverture anale en avant. Une autre fois, après avoir pratiqué une incision également

(1) *Annales de la chirurgie.* Paris, 1841, t. III.

Digitized by Google

semi-lunaire, M. Bégin se servit, pour attirer la tumeur, de pinces de Museux.

Si la tumeur était située en avant dans le point correspondant à la prostate, il ne faudrait pas opérer, à moins qu'il ne fût avéré que la membrane muqueuse serait seule altérée; mais encore comment s'en assurer?

FIN DU TOME QUATRIÈME.

Digitized by Google

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME QUATRIÈME.

LIVRE TROISIÈME. Suite des maladies des régions.

SECTION XV. Maladies du palais et de son voile 1

Chap. I. Anomalies et difformités du palais et de son voile..... *ib.*
Chap. II. Lésions vitales du palais et de son voile..... 4
Article premier. Inflammations du palais et de son voile..... *ib.*
Article deuxième. Hypertrophie et engorgements de la luette.... *ib.*
Chap. III. Lésions organiques du palais et de son voile..... 5
Opérations qu'on pratique sur le palais et son voile. — Prothèse mécanique..... 9
I. Excision de la luette..... *ib.*
II. Staphyloraphie..... 10
A. Procédé de M. Roux..... 14
B. Procédé adopté par l'auteur..... 16
III. Palatoplastie..... 18
Procédé de M. Roux. — Procédé de M. Dieffenbach. — Procédé de M. Bonfils..... *ib.*
Autre procédé de M. Roux. — Procédé de Krimer. — Procédé de M. Velpeau..... 19
IV. Prothèse mécanique..... 20

SECTION XVI. Maladies des amygdales..... 22

Chap. I. Lésions physiques des amygdales..... *ib.*
Article premier. Corps étrangers des amygdales. — Calculs..... *ib.*
Chap. II. Lésions vitales des amygdales..... 23
Article premier. Inflammations des amygdales..... *ib.*
Article deuxième. Abcès des amygdales..... 26
Article troisième. Ulcérations des amygdales..... 28
Article quatrième. Hypertrophie des amygdales..... 29
Chap. III. Lésions organiques des amygdales..... 31
Article premier. Acéphalocistes des amygdales..... *ib.*
Article deuxième. Cancer des amygdales..... *ib.*
Opérations qu'on pratique sur les amygdales..... 33
I. Excision des amygdales..... 35

SECTION XVII. Maladies du pharynx..... 40

Chap. I. Lésions physiques du pharynx..... *ib.*
Article premier. Plaies du pharynx..... *ib.*
Article deuxième. Corps étrangers dans le pharynx..... 41

Digitized by Google

Chap. II. Lésions vitales du pharynx..... 42
Article premier. Névroses du pharynx..... *ib.*
Article deuxième. Inflammations du pharynx..... *ib.*
Article troisième. Abcès du pharynx..... 43
Chap. III. Lésions organiques du pharynx..... 46
Article premier. Polypes du pharynx..... *ib.*
Article deuxième. Cancer du pharynx..... 48

SECTION XVIII. Maladies de la glande parotide et de son conduit excréteur..... 50

Chap. I. Lésions physiques de la glande parotide et de son conduit excréteur..... *ib.*
Article premier. Plaies..... *ib.*
Article deuxième. Calculs du canal de Sténon..... 52
Chap. II. Lésions vitales de la glande parotide..... 53
Article premier. Inflammations..... *ib.*
I. Oreillons..... *ib.*
II. Parotides ou parotidites..... 56
Article deuxième. Fistules de la glande parotide et de son canal..... 57
I. Fistules de la glande parotide..... 59
II. Fistules du canal de Sténon..... 60
Article troisième. Hypertrophie de la glande parotide..... *ib.*
Chap. III. Lésions organiques de la parotide..... 62
Opérations motivées par les maladies de la glande parotide et de son canal excréteur..... 65
I. Fistules de la glande parotide..... *ib.*
Cautérisation. — Compression..... *ib.*
II. Fistules du canal de Sténon..... 66
Rétablissement du canal de Sténon..... 67
Etablissement d'un nouveau canal, ou, pour mieux dire, d'un nouveau méat..... 68
Oblitération du canal de Sténon..... 69
Atrophie de la glande parotide..... 70
III. Extirpation de la glande parotide..... 71
IV. Ligature de la glande parotide..... 76

SECTION XIX. Maladies de la glande sous-maxillaire et de son conduit excréteur..... 77

Chap. I. Lésions physiques de la glande sous-maxillaire et de son conduit excréteur..... *ib.*
Article premier. Plaies de la glande sous maxillaire..... *ib.*
Article deuxième. Corps étrangers de la glande sous-maxillaire et de son conduit excréteur..... *ib.*
Chap. II. Lésions vitales de la glande sous-maxillaire et de son conduit excréteur..... 78
Article premier. Grenouillette..... 79
Chap. III. Lésions organiques de la glande sous-maxillaire..... 82

Digitized by Google

Opérations motivées par les maladies de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton 82
I. Opérations de la grenouillette ..... *ib.*
Désobstruction du canal de Wharton ..... *ib.*
Création d'un nouveau méat 83
A. Ponction et incision de la tumeur ..... *ib.*
B. Cautérisation ..... *ib.*
C. Excision ..... *ib.*
D. Corps étrangers 84
E. Séton ..... *ib.*
Destruction de la grenouillette ..... *ib.*
II. Extirpation de la glande sous-maxillaire 85

SECTION XX. Maladies du cou 86

CHAP. I. ANOMALIES ET DIFFORMITÉS DU COU ..... *ib.*
Article premier. Torticolis 87
Ténotomie et orthopédie du cou 91
I. Ténotomie et orthopédie du cou ..... *ib.*
Section du muscle sterno-cléido-mastoïdien ..... *ib.*
A. Premier procédé 92
B. Second procédé 93
Section du muscle trapèze 94
Section du muscle peaucier ..... *ib.*
II. Orthopédie 95
CHAP. II. LÉSIONS PHYSIQUES DU COU 97
Article premier. Plaies du cou ..... *ib.*
CHAP. III. LÉSIONS VITALES DU COU 99
Article premier. Inflammation du cou ..... *ib.*
Adénite du cou 100
Article deuxième. Abcès du cou ..... *ib.*
CHAP. IV. LÉSIONS ORGANIQUES DU COU 101
Article premier. Cavités closes. — Kystes ..... *ib.*
Article deuxième. Loupes du cou 108
Article troisième. Anévrismes, varices, tumeurs érectiles du cou ..... *ib.*
Article quatrième. Tubercules et cancer du cou ..... *ib.*

SECTION XXI. Maladies du larynx et de la trachée-artère 109

CHAP. I. LÉSIONS PHYSIQUES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE-ARTÈRE ..... *ib.*
Article premier. Plaies du larynx et de la trachée-artère ..... *ib.*
Article deuxième. Corps étrangers du larynx et de la trachée-artère 112
CHAP. II. LÉSIONS VITALES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE-ARTÈRE 121
Article premier. Inflammations du larynx et de la trachée-artère ..... *ib.*
I. Inflammations franches. — Laryngites et trachéites ..... *ib.*
II. Inflammations spécifiques. — Croup, œdème de la glotte 123

Digitized by Google

Article deuxième. Nécroses du larynx..... 126
Article troisième. Ulcérations et carie du larynx..... 128
Article quatrième. Fistules du larynx et de la trachée-artère.... 131
CHAP. III. LÉSIONS ORGANIQUES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE-ARTÈRE.. 133
Opérations qu'on pratique sur le larynx et la trachée-artère..... 135
I. Bronchotomie..... *ib.*
Manuel opératoire de la bronchotomie..... 139
Procédé sus-laryngien..... 144
Procédé laryngien..... 145
A. Procédé de Desault..... *ib.*
B. Procédé de Vicq-d'Azyr..... *ib.*
C. Procédé de Boyer..... *ib.*
Procédé sous-laryngien..... 146
II. Bronchoplastie..... 147
Procédé de M. Velpeau..... 148

SECTION XXII. Maladies de l'œsophage..... 149

CHAP. I. ANOMALIES ET DIFFORMITÉS DE L'ŒSOPHAGE..... *ib.*
CHAP. II. LÉSIONS PHYSIQUES DE L'ŒSOPHAGE..... *ib.*
Article premier. Plaies..... *ib.*
Plaies par incision et piqûre..... *ib.*
Plaies par rupture. — Ruptures proprement dites..... 151
Article deuxième. Corps étrangers de l'œsophage..... 153
CHAP. III. LÉSIONS VITALES DE L'ŒSOPHAGE..... 156
Article premier. Rétrécissements de l'œsophage..... *ib.*
Opérations qu'on pratique sur l'œsophage..... 159
I. Cathétérisme de l'œsophage..... *ib.*
A. Par la bouche..... *ib.*
B. Par les fosses nasales..... 160
II. Opérations motivées par les corps étrangers dans l'œsophage..... 161
Extraction par la bouche..... 162
Œsophagotomie..... 165

SECTION XXIII. Maladies du corps thyroïde..... 168

CHAP. I. LÉSIONS PHYSIQUES DU CORPS THYROÏDE..... *ib.*
Article premier. Plaies du corps thyroïde..... *ib.*
CHAP. II. LÉSIONS VITALES DU CORPS THYROÏDE..... 169
Article premier. Inflammations du corps thyroïde..... *ib.*
Article deuxième. Hypertrophie du corps thyroïde. — Goître charnu..... 170
CHAP. III. LÉSIONS ORGANIQUES DU CORPS THYROÏDE. — GOÎTRE MULTIFORME..... 171
Opérations tentées contre les tumeurs constituées par les maladies chroniques du corps thyroïde. — Goîtres divers..... 181
I. Cautérisation..... *ib.*
II. Incision..... *ib.*
III. Séton..... *ib.*

Digitized by Google

IV. Injection..... 182
V. Oblitération des artères thyroïdiennes..... ib.
VI. Ligature..... 183
VII. Extirpation..... 185

SECTION XXIV. Maladies des mamelles chez la femme..... ib.

CHAP. I. ANOMALIES ET DIFFORMITÉS DES MAMELLES..... 187
CHAP. II. LÉSIONS PHYSIQUES DES MAMELLES..... 188
Article premier. Plaies sous-cutanées des mamelles. — Contusions..... ib.
Article deuxième. Corps étrangers des mamelles..... 190
CHAP. III. LÉSIONS VITALES DES MAMELLES..... ib.
Article premier. Névroses des mamelles..... ib.
Article deuxième. Inflammations des mamelles..... 193
I. Inflammations superficielles..... 195
Inflammtion de l'aréole..... ib.
Inflammation du tissu cellulo-graisseux..... ib.
II. Inflammations profondes ou sous-mammaires..... 196
III. Inflammations glandulaires..... 197
Engorgement laiteux..... ib.
Mammite proprement dite..... 198
Article troisième. Abcès des mamelles..... 200
I. Abcès superficiels ou sous-cutanés..... ib.
Abcès de l'aréole..... ib.
Abcès du tissu cellulo-graisseux..... 201
II. Abcès profonds sous-mammaires..... 202
III. Abcès parenchymateux ou glanduleux..... 204
Article quatrième. Fistules des mamelles..... 205
Article cinquième. Hypertrophie des mamelles..... 206
I. Hypertrophie glandulaire..... 207
II. Hypertrophie graisseuse..... 208
III. Hypertrophie cellulo-fibreuse. — Tumeurs mammaires chroniques..... 209
CHAP. IV. LÉSIONS ORGANIQUES DES MAMELLES..... 211
I. Kystes. — Cavités closes accidentelles..... ib.
II. Dégénérescence fibreuse..... 214
III. Dégénérescence fibrineuse..... ib.
IV. Dégénérescence butyreuse, caséeuse..... 215
V. Dégénérescence tuberculeuse..... 217
VI. Dégénérescence cartilagineuse et osseuse..... 218
VII. Cancers..... 219
Pronostic et traitement des tumeurs des mamelles en général..... 224
Opérations motivées par les maladies des mamelles..... 227
I. Cautérisation des tumeurs des mamelles..... 231
II. Extirpation des tumeurs des mamelles..... 232

SECTION XXV. Maladies des mamelles chez l'homme et chez les nouveaux-nés..... 234

Digitized by Google

SECTION XXVI. Maladies du thorax 236

CHAP. I. LÉSIONS PHYSIQUES DU THORAX 237
Article premier. Plaies du thorax ..... *ib.*
I. Plaies non pénétrantes ..... *ib.*
II. Plaies pénétrantes 239
Plaies pénétrantes simples 240
Plaies pénétrantes compliquées ..... *ib.*
A. Lésions des artères mammaires internes et des intercostales ..... *ib.*
B. Plaies des poumons 242
Article deuxième. Hernies du poumon 249
Article troisième. Corps étrangers dans le thorax 256
Article quatrième. Épanchements dans le thorax 263
Opérations qui consistent à ouvrir un point de la poitrine pour évacuer un épanchement. 271
I. Empyème ..... *ib.*
Empyème par le caustique 273
Empyème en plusieurs temps de l'auteur 274
Empyème par incision, par ponction des parties molles. 275
Empyème par trépanation d'une côte ..... *ib.*
Empyème avec les ventouses 276
II. Paracentèse du péricarde 280
A. Procédé de Desault ..... *ib.*
B. Procédé de Larrey 281
C. Procédé de Skielderup ..... *ib.*
CHAP. II. LÉSIONS VITALES DU THORAX 282
Article premier. Abcès du thorax 283
I. Abcès extra-thoraciques ..... *ib.*
II. Abcès intra-thoraciques 284
CHAP. III. LÉSIONS ORGANIQUES DU THORAX 287

SECTION XXVI *bis*. Maladies de l'abdomen 289

CHAP. I. LÉSIONS PHYSIQUES DE L'ABDOMEN ..... *ib.*
Article premier. Plaies ..... *ib.*
I. Plaies non pénétrantes 290
II. Plaies pénétrantes 291
A. Plaies pénétrantes simples ..... *ib.*
B. Plaies pénétrantes compliquées de la lésion des organes contenus dans l'abdomen 293
III. Plaies sous-cutanées. — Contusions. — Ruptures proprement dites 298
Contusions et ruptures des parois abdominales ..... *ib.*
Ruptures des organes abdominaux 302
Opérations motivées par les plaies de l'abdomen 305
Opérations proposées pour la guérison des plaies du tube digestif ..... *ib.*
Suture des plaies longitudinales 306

Digitized by Google

A. Procédé de Palfin..... 306
B. Procédé de M. Reybard..... ib.
C. Procédé de Ledran..... 307
D. Procédé d'A. Cooper..... ib.
E. Procédé de M. Jobert..... ib.
Sutures des plaies transversales..... ib.
A. Invagination séreuse, contre-muqueuse. — Procédé de Ramdhor..... ib.
B. Réunion directe des bords de la plaie. — Procédés des quatre maîtres et de Duverger..... 308
C. Affrontement de la séreuse contre la séreuse.... 308
Article deuxième. Hernies abdominales en général..... 322
Manœuvres et opérations nécessitées par les hernies abdominales en général et par leurs accidents..... 385
I. Cure palliative..... ib.
Taxis..... ib.
Bandage..... 386
II. Cure radicale..... 392
Position..... 393
Compression. — Topiques..... 394
Cautérisation..... 395
Incision. — Excision. — Ligature..... 396
Acupuncture. — Autre ligature..... 397
Corps étrangers. — Injection iodée. — Scarification.... 398
Bouchons organiques..... 399
III. Opérations motivées par les accidents des hernies.. .. 403
Kélotomie..... ib.
Opération de l'anus contre nature..... 442
A. Compression..... 444
B. Entérotomie..... 445
C. Cautérisation..... 448
D. Oblitération de l'ouverture extérieure de l'anus contre nature..... 449
Autoplastie..... ib.
Article troisième. Hernies en particulier..... 452
I. Hernies inguinales chez l'homme..... ib.
Manœuvres et opérations motivées par les hernies inguinales..... 478
Taxis..... ib.
Bandages..... 479
Cure radicale..... 480
A. Castration. — B. Point doré. — C. Suture royale.. 481
Kélotomie..... 482
II. Hernies inguinales chez la femme..... 486
III. Hernies crurales. — Mérocèle..... 487
Manœuvres et opérations motivées par les hernies crurales..... 498
Taxis..... ib.
Kélotomie..... 499

Digitized by Google

IV. Hernie ombilicale. — Exomphale ou omphalocèle.... 502
Manœuvres et opérations motivées par les hernies ombilicales..... 509
Taxis..... *ib.*
Bandage..... *ib.*
Cure radicale..... 510
Kélotomie..... 511
V. Hernies de la ligne blanche et autres hernies ventrales..... 512
VI. Hernies sous-pubiennes..... 517
VII. Hernies ischiatiques..... 519
VIII. Hernies du périnée..... 521
IX. Hernie de la grande lèvre..... 524
X. Hernies vaginales..... 525
XI. Hernies diaphragmatiques..... 527
XII. Hernies intra-abdominales..... 530
XIII. Hernies de l'estomac..... 531
XIV. Hernies du cœcum..... *ib.*
XV. Hernies de la vessie..... 534
Cystocèle inguinal..... 535
Cystocèle crural..... 537
Cystocèle périnéal..... *ib.*
XVI. Hernies de la matrice..... 537
XVII. Hernies des ovaires..... 539
Article quatrième. Corps étrangers de l'abdomen..... *ib.*
CHAP. II. LÉSIONS VITALES DE L'ABDOMEN..... 545
Article premier. Inflammations et abcès de l'abdomen..... 546
I. Phlegmons, abcès des parois de l'abdomen..... *ib.*
II. Phlegmons, abcès des fosses iliaques..... 548
Epanchements dans l'abdomen..... 553
Opérations qui consistent à ouvrir l'abdomen..... 564
I. Ouvertures en un seul temps..... *ib.*
Ponction directe. — Paracentèse..... 565
A. Procédé ordinaire..... *ib.*
B. Procédé de M. Fleury..... 566
Ponction indirecte sous-cutanée..... 567
Incision..... 568
A. Gastrotomie..... *ib.*
B. Entérotomie..... *ib.*
II. Ouvertures en plusieurs temps..... 569
A. Procédé de Graves..... 570
B. Procédé de M. Bégin..... *ib.*
C. Procédé de M. Récamier..... *ib.*

SECTION XXVII. Maladies de l'anus et du rectum..... 571
Article premier. Anomalies et difformités..... *ib.*
CHAP. I. LÉSIONS PHYSIQUES DE L'ANUS ET DU RECTUM..... 574
Article premier. Plaies de l'anus et du rectum..... *ib.*
Article deuxième. Chute du rectum et invagination dans cet in-

Digitized by Google

testin. 575
I. Chute du rectum. ..... *ib.*
II. Chute du rectum avec invagination..... 578
Article troisième. Corps étrangers du rectum..... 583
CHAP. II. Lésions vitales de l'anus et du rectum..... 588
Article premier. Névroses de l'anus..... *ib.*
I. Fissures à l'anus..... 589
Article deuxième. Inflammation de l'anus et du rectum..... 595
Article troisième. Affections syphilitiques de l'anus et du rectum..... 597
Article quatrième. Abcès de l'anus..... 598
Article cinquième. Fistules à l'anus..... 602
Article sixième. Hémorrhoïdes..... 609
Article septième. Rétrécissements et dilatations de l'anus et du rectum..... 619
CHAP. III. Lésions organiques de l'anus et du rectum..... 622
Article premier. Dégénérescences vasculaires, stéatomateuses, fibreuses, polypes..... *ib.*
Article deuxième. Cancer du rectum..... 624
Opérations motivées par les maladies de l'anus et du rectum. 653
I. Rétablissement de l'anus normal..... *ib.*
A. Procédé ordinaire..... 655
B. Procédé de l'auteur..... 656
C. Procédé de M. Amussat..... *ib.*
D. Procédé de M. Goyrand..... 657
E. Procédé de M. Martin..... *ib.*
II. Création d'un anus artificiel..... 658
Méthode de Littre..... *ib.*
A. En un seul temps..... 663
B. En plusieurs temps..... *ib.*
Méthode de Callisen..... 664
Tableau représentant quelques rapports du colon descendant nécessaires à connaître pour apprécier la méthode de Callisen..... 667
Parallèle de la méthode de Littre et de Callisen..... 669
III. Extraction des corps étrangers du rectum..... 674
IV. Manœuvres et opérations motivées par la chute du rectum..... 677
Excision de la tumeur. — Cautérisation. — Excision des plis de l'anus..... 678
V. Opérations motivées par les fissures à l'anus..... 680
Cautérisation. — Compression..... 681
Incision..... *ib.*
VI. Ouvertures des abcès de l'anus..... 682
VII. Opération de la fistule à l'anus..... 685
Caustiques. — Ligature..... 686
Compression..... 687

Digitized by Google

Incision..... 688
Excision..... 689
VIII. Opérations motivées par les hémorrhoïdes..... 692
Cautérisation. — Ligature..... ib.
Excision..... 693
A. Procédé ordinaire..... ib.
B. Procédé de M. Velpeau..... 695
IX. Opérations motivées par le cancer du rectum..... 696
Dilatation..... ib.
Incision. — Cautérisation..... 700
Écrasement..... 702
Arrachement. — Ligature..... 703
A. Ligature partielle..... ib.
B. Ligature en masse..... ib.
Excision..... 705
Extirpation..... 706
A. Extirpation du rectum cancéreux..... 707

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME QUATRIÈME.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

COUNTWAY LIBRARY
HC 1XWY 0

Digitized by Google

Digitized by Google